

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA PLACE DES ACTEURS AU SEIN DES PRATIQUES D'INTERVENTION EN
SITES FIXES D'ÉCHANGE DE SERINGUES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
ANNA DI TIRRO

DÉCEMBRE 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce mémoire représente l'aboutissement d'un long processus, souvent ponctué d'incertitudes. Si aujourd'hui il arrive à terme, c'est aussi grâce à plusieurs personnes qui de près ou de loin m'ont apporté leur soutien. Michel Parazelli, mon directeur de mémoire, qui a guidé ma réflexion, ainsi que CACTUS Montréal et la Direction de la santé publique de Montréal, qui m'ont ouvert leurs portes et qui m'ont témoigné la confiance nécessaire à la réalisation de la recherche-terrain. Je tiens également à remercier les répondants qui ont participé aux entretiens. Sans votre parole, et sans le temps que vous m'avez accordé, cette réflexion n'aurait pas été complète. Plus près de moi, je salue mon compagnon, pour toute sa patience durant ces mois que j'ai passés sans sommeil. Et ma dernière pensée, vers toi Sylvain, pour avoir si souvent insisté pour que je termine ce mémoire. C'est fait!

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I.....	4
PROBLÉMATIQUE	4
1.1. Le contexte sociohistorique de la gestion sociale de l'usage des drogues.....	4
1.2. La réduction des méfaits	7
1.3. Les pratiques en sites fixes d'échange de seringues.....	12
1.4. Le rôle des acteurs.....	16
1.5. Les relations entre les acteurs.....	21
CHAPITRE II.....	23
DIMENSIONS THÉORIQUES	23
2.1. Le cadre d'analyse théorique.....	23
2.2. Le rôle	24
2.3. Les relations	26
2.4. Les intentions	28
2.5 La place des acteurs	28
CHAPITRE III.....	30
CHOIX MÉTHODOLOGIQUES	30
3.1. Objectifs de recherche.....	30
3.2. Méthodologie.....	30
3.3. Le type de recherche.....	31
3.4. L'échantillon	31
3.5. La méthode de collecte des données	32
3.6. La méthode d'analyse	33
3.7. Les considérations éthiques	34
CHAPITRE IV.....	36
RÉSULTATS DE RECHERCHE.....	36
4.1. La réduction des méfaits et les pratiques en site fixe.....	36
4.1.1. Selon les personnes UDI : la consommation sécuritaire	36
4.1.2. Selon les intervenants : la réduction des risques	38
4.1.3. Selon la direction : la réduction des risques et l'adaptation des stratégies.....	40
4.1.4. Selon la DSP : la prévention des ITSS et l'intégration de la santé au social	42

4.1.5. Conclusion.....	43
4.2. Le rôle des acteurs.....	44
4.2.1. Les personnes UDI : fréquenter le site fixe	44
4.2.2. Les intervenants : être à la 1 ^{re} ligne, distribuer le matériel et prévenir les risques	47
4.2.3. La direction : établir les priorités d'action	51
4.2.4. La DSP : protéger la santé publique, et orienter, soutenir et financer les pratiques	54
4.2.5. Conclusion.....	57
4.3. Les relations entre les acteurs.....	58
4.3.1. Les relations entre les personnes UDI et les autres.....	58
4.3.2. Les relations entre les intervenants et les autres	60
4.3.3. Les relations entre la direction et les autres.....	62
4.3.4. Les relations entre la DSP et les autres.....	63
4.3.5. Conclusion.....	64
4.4. L'évaluation du système d'action	66
4.4.1. Les personnes UDI : une prise en compte mitigée.....	67
4.4.2. Les intervenants : un savoir d'expérience peu communiqué.....	68
4.4.3. La direction : une pratique rendue à maturité.....	69
4.4.4. La DSP : une intégration des pratiques dans le traitement des ITSS.....	70
4.4.5. Conclusion.....	71
CHAPITRE V.....	73
DISCUSSION.....	73
5.1. Reconnaissance ambivalente de la place.....	74
5.2. Perceptions contrastantes de la participation	79
5.3. Interventions ciblées et approche globale.....	82
5.4. Conclusion	85
CONCLUSION	87
ANNEXE A.....	89
ANNEXE B.....	90
ANNEXE C.....	91
BIBLIOGRAPHIE	92

RÉSUMÉ

À travers cette démarche de recherche, nous avons tenté d'appréhender la manière dont se définit la place des acteurs concernés par les pratiques d'intervention en site fixe d'échange de seringues. Afin d'y parvenir, nous avons réalisé neuf entretiens semi-directifs; nous avons recueilli le discours de quatre répondants représentant les personnes UDI, et de deux répondants représentant les intervenants, la direction, et la Direction de la santé publique de Montréal (DSP). Sur le plan théorique, les pratiques sont envisagées tel un système, qui évolue à l'intérieur de l'institution de la réduction des méfaits. Afin que ce système se maintienne et se développe, chaque acteur détient un rôle, qui est relationnel. Les représentations du rôle et des relations s'influencent mutuellement. De ces interactions émergent d'autres concepts, dont les représentations interagissent entre elles et influencent la reproduction de l'ensemble des processus sociaux, et des places. À leur tour, celles-ci agissent sur les représentations de la totalité des concepts. Cet amalgame de représentations définit la place des acteurs, pendant même qu'il affecte le développement du système dans lequel ceux-ci évoluent, dans ce cas-ci, les pratiques en site fixe. Les places sont en partie déterminées par le rôle autoattribué et attribué par les autres, ainsi que par les relations directes ou indirectes. Celles-ci sont entre autres marquées par le rôle de représenté ou de représentant, et la marge de liberté dont disposent les acteurs. Les places sont également définies par le sens que les acteurs donnent à l'action et à la participation, ainsi que par la gratification qu'ils en attendent et qu'ils en retirent. De plus, dans le discours de répondants situés à différents niveaux de la stratification sociale, l'expérience de la reconnaissance constitue un aspect fondamental des représentations des rôles et des relations. Cela dit, ni la quête ni ses effets sur la construction identitaire ne sont les mêmes pour tous. Certains évoquent la reconnaissance de leur normalité et de leurs capacités, tandis que d'autres, la reconnaissance de leurs savoirs d'expérience. Un seul groupe d'acteurs (DSP) ne fait pas allusion à une quête de reconnaissance qui lui soit propre.

MOTS-CLÉS : relation, rôle, acteur, place, réduction des méfaits, pratiques d'intervention, sites fixes.

INTRODUCTION

Ici comme ailleurs, l'utilisation de drogues n'est pas un phénomène nouveau. Or, les stratégies de gestion sociale pour en gérer l'usage, de même que les modes de consommation, ont évolué au rythme des époques et de l'éthique du moment. Parallèlement, le statut des utilisateurs s'est aussi transformé. Lorsque l'assuétude et ses effets sont reconnus, ils ont d'abord été considérés comme des victimes de la méconnaissance de la science, puis comme des toxicomanes. Lorsqu'un contrôle législatif est mis en place pour encadrer l'utilisation des drogues, les toxicomanes sont devenus des délinquants, puis sont passés à criminels, et à malades.

En déclarant des situations ou des conditions de vie inacceptables, en classant des comportements comme dangereux et des conduites comme déviantes, ou simplement à « risque » de le devenir, et donc à modifier ou à redresser selon les cas, on catégorise en effet les personnes en même temps que leurs comportements et leurs conduites, et on les stigmatise, on les identifie comme porteurs de telle ou telle maladie ou tare ou prédisposition, et on les « qualifie » aussi pour le traitement qui sera prescrit, créant du même coup le groupe cible défini comme groupe d'appartenance et décrété tel. (Bourgeault, 2004, p.60)

Depuis les années 1980, l'utilisation de drogues par injection et la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont marqué l'intérêt pour la réduction des méfaits, qui se présente comme une alternative aux logiques traditionnelles. Cette stratégie a favorisé la mise en place de plusieurs programmes d'intervention, notamment les sites fixes d'échange de seringues. Ils ont comme mission de rejoindre les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) et inhalation (UDII), principalement dans le but de réduire les risques, pour les toxicomanes et la société, associés à certaines habitudes de consommation. D'autres acteurs sont concernés par les pratiques d'intervention développées en site fixe d'échange de seringues : la Direction de la santé publique qui finance ce programme, les organismes mandatés pour le développer et les intervenants qui donnent vie aux pratiques d'intervention.

Pendant 7 ans, en tant que travailleuse de rue, j'ai moi-même œuvré à développer des pratiques d'intervention qui se réclament de la réduction des méfaits, dans le but d'accompagner au mieux les personnes toxicomanes. Ma présence dans la rue m'a permis de m'impregner d'une réalité qui n'est pas la mienne, tout en construisant un lien de confiance réciproque avec des personnes marginalisées, et de partager avec elles

une certaine connivence. Durant ces années, j'ai été témoin de situations percutantes qui m'ont souvent déstabilisée, et qui ont confronté mes valeurs. Cependant, contrairement à ce que l'on pourrait croire, les situations m'ayant le plus percutée ne concernent pas vraiment la situation de rue et de toxicomanie des personnes UDI, à qui l'on prête comme allant de soi une vie empreinte de mal-être, de misère et de violence, et qui du coup deviennent des objets à assainir, à désintoxiquer, à responsabiliser, à prendre en charge, à guérir et à réinsérer dans la société. Ma place privilégiée au sein de l'exclusion et de ses effets m'a surtout amenée à me questionner sur les relations entre la marge et la norme, et sur la possibilité pour les personnes situées en marge de notre société d'être reconnues comme des acteurs libres, autonomes et responsables, sans toutefois exiger d'elles qu'elles se conforment aux attentes du groupe majoritaire, bien-pensant. Aussi, j'ai pris conscience de la complexité de la définition de la place des uns par rapport aux autres, que celle-ci n'est pas réduite à une volonté de s'épanouir, ou encore à de simples éléments de la psychologie ou de la personnalité. J'ai réalisé à quel point notre perception de l'autre influence ses propres représentations de son identité.

C'est ainsi que je me suis intéressée au rôle et aux relations entre les personnes UDI et les acteurs pouvant influencer leur parcours, principalement ceux touchés par les pratiques d'intervention en site fixe d'échange de seringues, lieu qui pour plusieurs représente le seul endroit où elles sont accueillies favorablement par des personnes représentantes de la norme non marginalisée. Dans cette perspective, et à la suite des auteurs consultés, nous avons fait le choix d'observer le site fixe tel un système, évoluant dans l'institution de la réduction des méfaits, et où la place des uns, influencée notamment par les représentations du rôle et les relations, est interdépendante de celle des autres. À travers notre recherche, nous avons donc tenté de répondre à la question suivante : comment se définit la place des acteurs concernés par les pratiques d'intervention en site fixe d'échange de seringues ?

Le 1^{er} chapitre concerne la problématique. Nous amorcerons cette partie avec un survol du contexte sociohistorique de la gestion sociale des drogues. Sans être exhaustif, ce coup d'œil nous permettra de mieux cerner l'ensemble des circonstances ayant mené à l'émergence de la réduction des méfaits. Nous poursuivrons avec la présentation des informations recueillies à travers notre revue de littérature. Nous exposerons successivement les principaux concepts qui fondent notre recherche : la réduction des

méfais, les pratiques en sites fixes d'échange de seringues, le rôle des acteurs et les relations entre eux. Le 2^e chapitre se penche sur les dimensions théoriques de l'étude. Nous présenterons le cadre d'analyse théorique, et nous nous attarderons sur le rôle, les relations et les intentions. Dans le 3^e chapitre, nous verrons les dimensions méthodologiques de notre recherche. Puis, dans le 4^e chapitre, nous partagerons les résultats tirés de nos entretiens avec les principaux acteurs concernés par le programme d'échange de seringues : les personnes UDI, les intervenants, la direction et la Direction de la santé publique. Le 5^e chapitre constitue notre discussion autour des données recueillies. Il est suivi de la conclusion, où nous faisons une synthèse de la recherche et des principaux résultats.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, nous révélons nos préoccupations et les connaissances auxquelles nous sommes parvenues tout au long de notre revue de littérature. Celle-ci a façonné l'orientation de notre recherche jusqu'à la formulation d'une question à laquelle nous tentons de répondre. Nous parcourons le contexte sociohistorique de la gestion sociale de l'usage des drogues. Ensuite, nous explorons tour à tour la réduction des méfaits, les sites fixes d'échange de seringues, le rôle des acteurs, les relations entre eux, leur place, la hiérarchisation des places et enfin, la transmission d'informations.

1.1. Le contexte sociohistorique de la gestion sociale de l'usage des drogues

Retracer l'évolution des modalités de gestion sociale plus ou moins rigoureuses de l'usage des drogues permet de découvrir le contexte ayant mené à la mise en œuvre de la réduction des méfaits et à la place des personnes UDI au sein de la structure sociale. Si « Les typifications réciproques des actions sont édifiées tout au long d'une histoire partagée » (Berger et Luckmann, 1986, p.79), alors les modalités de gestion de l'usage des drogues, comme la position sociale des individus qui en font l'utilisation, évoluent au rythme des transformations socioculturelles, déterminantes de l'ouverture ou de la fermeture d'une société. De nos jours, et dans notre société, cette gestion passe par trois stratégies d'intervention : les logiques de prohibitionnisme, la thérapeutique orientée vers l'abstinence et l'approche de réduction des méfaits (Carrier et Quirion, 2003, p.1). Or, depuis les années 1980, avec les débuts de l'épidémie du VIH, la réduction des méfaits se distingue des autres. Celle-ci « [...] est en effet considérée par plusieurs analystes comme la manifestation de la remise en question de l'horizon normatif que présente l'idéal d'une société exempte de drogues » (Faugeron et Kokoreff, cités dans Carrier et Quirion, 2003, p.1). Elle se présente comme un dépassement du prohibitionnisme et de l'abstinence, deux modèles dits traditionnels, et rend légitime nombre de discours, de programmes et de pratiques (Carrier et Quirion, 2003, p.1).

L'évolution de la gestion sociale de l'usage des drogues jusqu'à la réduction des méfaits est ponctuée de différentes étapes. Le parcours que nous relatons s'amorce au 19^e siècle. C'est le début de l'ère industrielle pour une bonne partie du monde occidental, une période charnière dans l'organisation des fondements de la société telle que nous la connaissons. À cette époque, au Canada et ailleurs, une gestion plutôt libérale encadre les psychotropes, et leur utilisation pour des fins dites médicales n'a rien de pathologique ou d'anormal. Produite en 1855, la cocaïne est fréquemment utilisée pour augmenter la performance au travail (Vanasse, 2001, p.9), et la morphine, découverte en 1804, est perçue comme une victoire sur la douleur (Kempfer, 2014, p.5). C'est en 1850, avec l'invention de la seringue à aiguille creuse, que l'usage de morphine par injection se répand. À ce sujet, notons que la recherche de moyens pour introduire dans le corps, puis directement dans le sang, des produits pouvant soulager la souffrance humaine est loin d'être récente. Cette idée a fait son chemin depuis l'Antiquité, mais la Renaissance et « La violence des guerres contemporaines rend de fait encore plus cruciale la question de l'apaisement de la douleur par l'injection rapide d'opiacés, dont la morphine [...] » (ibid.). Toujours est-il qu'aucune invention médicale ne bouleversa autant les pratiques thérapeutiques que la seringue associée à l'emploi des opiacés (id., p.3). « L'usage de cet instrument a profondément modifié le rapport à la douleur et a permis des interventions d'une efficacité et d'une rapidité inouïes » (id., p.3).

Néanmoins, les conséquences d'un usage régulier de substances psychoactives, notamment le potentiel de dépendance, sont mésestimées. Alors que l'assuétude et ses effets sont reconnus, les individus faisant usage de ces « médicaments » deviennent des victimes de la médecine (Vanasse, 2001, p.10).

Ensuite, au fur et à mesure de la démocratisation de l'accès aux alcaloïdes en pharmacie ou de l'avènement de la psychiatrie hygiéniste, la gamme de patients morphinomanes ne cesse d'augmenter. [...] Mais la morphine, ou bien l'héroïne mise de façon éphémère sur le marché en 1898, étant chères, les plus pauvres doivent commettre des actes délictueux pour s'en procurer. (Kempfer, 2014, p.6)

De ce fait, au début du 20^e siècle, un contrôle législatif de l'usage des drogues se met en place. C'est le début du prohibitionnisme (Brisson, 1997, p.xi), un modèle de gestion plus conservateur que celui l'ayant précédé. En opposition à ce contexte de fermeture, un courant antiprohibitionniste s'organise, et interroge la pertinence de gérer l'usage des drogues par des lois pénales (ibid.). Néanmoins, le prohibitionnisme se diffuse et

entraîne de nombreuses répercussions sur l'usage des drogues : l'augmentation du prix des drogues, la transformation des modes de consommation, le recours à des activités criminelles pour s'approvisionner, le recrutement des utilisateurs vers des drogues dites plus dures, et la marginalisation de ceux-ci (ibid.). L'usage de substances dorénavant illicites devient un problème social, et les personnes concernées se retrouvent à l'extérieur des normes dominantes.

La réduction des méfaits, qui résulte de l'antiprohibitionnisme, voit le jour durant cette période, plus précisément dans les années 1920 en Grande-Bretagne, à la suite des recommandations du Comité Roleston. Formé de médecins, ce comité observe les limites des actions punitives ou de celles exigeant l'abstinence complète, et considère que dans certaines circonstances, il est plus approprié de faire preuve de tolérance (Lévesque, in Massé et Mondou, 2013, p.73)¹. Or, ce n'est que durant les années 1980, avec la propagation du VIH parmi les personnes UDI, que la réduction des méfaits se répand à l'échelle internationale, y compris au Québec (id., p.74). Les responsables de la santé publique constatent que les législations issues du prohibitionnisme ne constituent pas une réponse adéquate face aux risques associés à l'usage de drogues par injection (Brisson, 1997, p.xii), et se tournent alors vers la réduction des méfaits. « Elle deviendra dans cette mouvance un des référentiels du secteur de la toxicomanie, à partir du milieu des années 1990 » (Lévesque, in Massé et Mondou, 2013, p.77)

Si la RdM s'est institutionnalisée sur la base d'enjeux et de temporalités différentes selon les pays (Kübler 2000; Hudebine 2001; Berridge 1993, 1999; Riley 1994; Riley 1999; Erickson 1999; Bergeron 1999; Brisson 1997), l'apparition du VIH a été un événement déclencheur de son extension à l'échelle internationale et d'une configuration de l'action en direction des usagers de drogues dans le registre de la gestion des risques, y compris au Québec. (Lévesque, in Massé et Mondou, 2013, p.73)

À l'instar des deux autres modes de gestion sociale de l'usage des drogues, cette dernière remet en question le diktat de la tolérance zéro envers les comportements et les habitudes de vie à risques. « Sans nier toute pertinence aux interventions visant l'abstinence, voire sans nier toute pertinence à un discours prohibitionniste, il est alors

¹ Aujourd'hui encore, l'échec des actions punitives est largement dénoncé. La déclaration de Vienne (18 juillet 2010), rédigée par une équipe de chercheurs internationaux atteste que : « La criminalisation des utilisateurs de drogues illicites alimente l'épidémie de VIH et a eu des retombées essentiellement négatives sur la santé et la société. Nous avons besoin d'une réorientation complète des politiques. [...] la communauté scientifique internationale demande que l'on reconnaisse les limites et les préjudices de la prohibition des drogues [...] ».

proposé d'accepter ces pratiques comme une réalité incontournable et de mettre l'accent sur l'aide concrète et immédiate [...] » (Massé, in Massé et Mondou, 2013, p.4).

Tout en demeurant dans l'illégalité, les individus faisant usage de drogues par injection deviennent désormais des malades, et qui plus est des malades potentiellement contagieux dont il faut protéger le reste de la société. La toxicomanie est considérée comme une maladie, et la réduction des méfaits n'échappe pas à une « biomédicalisation de ses interventions » (Mondou, id., p.28). Cela dit, « Actuellement, au Québec, l'ensemble des approches est non seulement médical et pharmacologique, avec la prise en charge des infections [...], mais il est aussi psychosocial, intégrant des interventions visant le travail sur l'estime de soi et l'*empowerment* » (ibid.).

L'approche inclut aussi la prévention du comportement à risques lui-même, comme celle du passage à l'injection ou la promotion de transition vers des modes d'administration de drogues à moindre risque. Elle comprend également la prise en charge du problème en cause, comme la dépendance aux substances psychoactives, et propose le sevrage, la psychothérapie, le traitement de substitution, etc. Elle cherche en outre à joindre activement les personnes marginalisées qui, sans aide, n'utiliseraient pas les services de santé et les services sociaux auxquels ils ont droit. (Mondou, id., p.27)

Comment ces deux volets, le biomédical et le psychosocial, cohabitent-ils? Comment les acteurs considèrent-ils la part de l'un et l'autre dans la mise en œuvre des programmes et des pratiques d'intervention? Et en fin de compte, comment ces acteurs s'expliquent-ils la réduction des méfaits?

1.2. La réduction des méfaits

Le rapport publié en 2014 par l'association *Harm Reduction International* atteste que l'injection est un usage de drogues reconnu par 158 pays ou territoires. L'estimation du nombre de personnes UDI dans le monde se situe dans une fourchette de 8.9 – 22.4 millions (id., p.10). L'estimation du nombre de personnes UDI vivant avec le VIH se situe dans une fourchette de 0.9 – 4.8 millions (ibid.). Face à ces constats, ce rapport proclame la nécessité d'intensifier les programmes d'approvisionnement en seringues.

Parallèlement, « L'OMS² a adopté, dans sa stratégie 2011-2015 sur le VIH-sida, la vision suivante : zéro nouvelle infection par le VIH, zéro décès lié au SIDA et zéro discrimination dans un monde où les personnes infectées par le VIH vivent longtemps et en bonne santé » (Venne, 2014, p.62). De même, l'institut national de santé publique du Québec confirme la pertinence de consolider les actions et la mobilisation pour mieux prévenir, dépister et traiter les ITSS (Venne, 2014, p.2). « En quelques mots, ces discours montrent que l'institutionnalisation de la RdM au sein de l'État québécois trouve sa justification *première* en relation avec une logique de sécurité sanitaire de contrôle du danger d'épidémie du VIH » (Lévesque, in Massé et Mondou, 2013, p.77). Au niveau international, parmi les 158 pays où l'usage de drogues par injection est documenté, 91 incluent la réduction des méfaits dans leur politique nationale (*Harm Reduction International*, p.10). Ici, elle est pourtant absente de la Stratégie nationale antidrogue globale dévoilée en 2007 par le gouvernement du Canada. Dirigée par le Ministère de la Justice, celle-ci vise essentiellement à diminuer l'offre et la demande de drogues illicites³. Sans nous étendre sur le sujet, notons tout de même que cette omission apparaît comme un glissement idéologique vers une approche plus conservatrice de plusieurs enjeux sociaux, y compris la consommation de drogues.

Les stratégies de réduction des méfaits « [...] peuvent être globalement définies comme toutes les actions individuelles et collectives, médicales, sociales, visant à minimiser les effets négatifs liés à la consommation des drogues » (Mino, 1993, p.10), pour les individus et la société. Deux principes de base animent cette approche : le pragmatisme et l'humanisme. Le premier émane des préoccupations sociosanitaires liées à la propagation du VIH parmi et par les personnes qui s'injectent. Il fait la promotion d'un accès universel aux soins et services de santé, en même temps que la promotion de la protection de la santé et de la sécurité publiques (Brisson, 1997, p.43). Apparenté au volet biomédical, le pragmatisme est le principe qui, comme nous le dit Brisson (ibid.), est invoqué par presque tous les tenants de la réduction des méfaits : « Plusieurs caractéristiques de la réduction des méfaits, en contrepoids aux positions moralistes et idéalistes existantes, découlent d'une vision pragmatique du phénomène de drogue [...] » (ibid.). La première repose sur le fait que la réduction des méfaits reconnaît l'usage de drogues par injection comme un comportement à risque parmi

² OMS : Organisation mondiale de la santé

³ Information tirée du site Internet de Sécurité publique Canada.

d'autres. La deuxième établit que la réduction des méfaits intervient sur les conséquences négatives de l'usage de drogues par injection, tout en tenant compte des bienfaits de ces drogues pour les personnes concernées. La dernière caractéristique est l'acte d'intervenir à partir d'une hiérarchie d'objectifs de changements prioritaires socialement, et réalistes pour les personnes toxicomanes.

Le deuxième principe de la réduction des méfaits, l'humanisme, propose de considérer l'individu faisant usage de drogues comme « [...] une personne à part entière, digne de respect, possédant des droits et un pouvoir d'agir en tant que citoyen » (Brisson, 1997, p.45). L'une des caractéristiques de l'humanisme est de « [...] favoriser l'implication des usagers et le respect de leurs droits et libertés dans les démarches de changement, y compris à travers l'auto-organisation et l'auto-support, plutôt que : *confiner les usagers à un rôle passif, dans des démarches directives ou imposées*⁴ » (ibid.). Le pouvoir d'agir, l'implication et la liberté ici invoquées nous rappellent la prise en compte, telle que décrite par Karsz (2004, p.112) en rapport à la prise en charge et la charité. Dans la prise en compte, le rôle des intervenants n'est pas de donner une place aux individus qu'ils accompagnent, mais plutôt de reconnaître celle qu'ils occupent déjà. « Il ne s'agit pas de les motiver, comme s'ils étaient en état de léthargie avancée, mais d'entendre quelque chose de ce dont ils sont, de fait, déjà porteurs » (ibid.). Dès lors, l'humanisme dit en appeler à la reconnaissance de la place des personnes UDI au sein des pratiques d'intervention. Mais quelle est cette place? Comment se définit-elle?

Ultérieurement, Brisson (cité dans Massé et Mondou, 2013, p.35) ajoute que la réduction des méfaits vise à encourager l'autonomie des individus qu'elle cible, afin qu'ils parviennent à « développer les moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements – ainsi qu'aux contrôles publics exercés sur ces comportements – pour eux-mêmes, leur entourage et la société; sur le plan physique, psychologique et social ». Si l'autonomie désigne le fait d'agir par soi-même (Le Bossé, 2007, p.9), « [...] être autonome signifie se conduire selon sa propre loi, ce qui implique d'avoir maîtrisé les lois et les balises qui existent pour pouvoir les respecter, puis exercer un jugement » (Mondou, in Massé et Mondou, 2013, p.37). Pour que les personnes UDI puissent être des agents de changement, il faut avant tout qu'elles puissent s'interroger sur leur propre autonomie... et dépendance (ibid.). « Le fait de

⁴ L'auteur utilise cette tournure de phrase et mise en forme, car il présente les caractéristiques de la réduction des méfaits découlant de l'humanisme, « [...] en opposition au paternalisme et à la discrimination sociales (sic) » (ibid.).

priver une personne d'une partie de son libre arbitre ne peut que contribuer au désinvestissement que l'on essaie justement d'inverser » (Le Bossé, 2012, p.264). Exercer son autonomie nécessite un *apprentissage* (Mondou, id., p.37), qui se construit au fil des relations, en particulier avec les intervenants qui au quotidien interagissent avec les personnes UDI. « Le fait d'enjoindre un individu à devenir plus autonome, sans s'assurer qu'il dispose des ressources pour y parvenir est une forme sophistiquée d'aliénation » (Le Bossé, 2007, p.9). En théorie, la réduction des méfaits reconnaît aux individus une autonomie, un pouvoir d'agir. En pratique, quelle forme cela prend-il?

Depuis ses débuts, la mise en œuvre de la RdM au Québec a soulevé nombre d'enjeux sociopolitiques. Elle a aussi pu avoir quelques effets pervers. Ainsi, certains se demandent si, notamment du fait que les premières mesures de RdM dans le domaine de l'usage des drogues aient été implantées pas la santé publique, un ensemble d'actions sociales n'auraient pas été laissées de côté, et si ces mesures n'avaient pas contribué à une médicalisation, ou même à une « sanitisation » de la prise en charge de problèmes sociaux. (Mondou, in Massé et Mondou, 2013, p.28)

Le pouvoir d'agir accordé aux personnes UDI appelle principalement à leur responsabilité face aux risques associés à l'injection. Or, pour se développer, le pouvoir d'agir peut-il se fragmenter, se cantonner à la reconnaissance de certaines capacités plutôt que d'autres? Dans son livre *Sortir de l'impuissance*, Le Bossé (2012) nous convie à une réflexion sur le développement du pouvoir d'agir (DPA) comme moyen de contrer le renforcement du sentiment d'impuissance au sein des pratiques sociales. Il fait appel au bonheur et à l'épanouissement comme assises du DPA, en vue de favoriser l'émancipation individuelle et collective. L'auteur (id., p.36) accède à l'hypothèse de Spinoza, selon laquelle la recherche de la vie bonne pousse tout être humain à constamment s'épanouir et se dépasser. Cependant, avant d'être poussés par un besoin d'affirmation, nous sommes confrontés à « l'affirmation/confirmation de son identité » (Le Bossé, 2012, p.37). Notre structure identitaire repose sur la reconnaissance de capacités fondamentales, au moyen d'un processus qui prend forme avec « l'appui des autres » (id., p.39). Empruntées à Ricœur, ces capacités se déclinent de la manière suivante : « 1) pouvoir dire, 2) pouvoir faire, 3) pouvoir raconter et se raconter, et 4) l'imputabilité » (id., p.37). À la lumière de ces analyses, il paraît invraisemblable de viser l'imputabilité des personnes UDI sans d'abord reconnaître ce qui contribue à rendre chaque individu unique (ibid.). Certes, l'usage par injection comporte des actes dont les risques sont tangibles, notamment le partage ou la

réutilisation de seringues souillées. Néanmoins, chaque utilisateur, même s'il représente un « groupe socialement situé » (Bilodeau, 2011, p.22), ne fait pas sens du risque de la même manière. Les histoires de vie sont différentes, et la valeur symbolique associée à la prise de risques est plurielle. Cela suppose que les pratiques prônées ne peuvent déterminer unilatéralement la nature des changements entrepris par chacun. Pour les individus dont la structure identitaire serait affaiblie, l'attribution de la responsabilité, sans la reconnaissance des autres capacités, pourrait être reçue tel un impératif auquel ils ne pourraient répondre, et deviendrait entreprise de moralisation.

D'autre part, le risque de propagation du VIH par l'usage de drogues par injection, tout en justifiant l'expansion de la réduction des méfaits, apparaît comme un facteur non négligeable quant à la reconnaissance des capacités des personnes UDI. En mettant l'emphasis sur les aspects nuisibles d'un mode de consommation, ces discours attribuent aux personnes ciblées la position de malade. « Ce statut de malade perpétue dans la population l'image que les programmes de lutte contre le sida destinés aux UDI constituent une aide nécessaire, jusqu'à ce que ceux-ci fassent le *bon* choix pour éviter tous leurs problèmes de vie, soit celui de l'abstinence » (Beauchesne, 2001, p.5).

De plus ces discours convergent avec la politique canadienne de lutte contre la toxicomanie, où la RdM se présenterait comme un mode de gestion des problèmes de sécurité par la neutralisation des conduites perçues comme une menace pour la société et une attribution de la faute et de la responsabilité aux usagers de drogues eux-mêmes. (Lévesque, in Massé et Mondou, 2013, p.79).

La réduction des méfaits se veut absente de coercition, mais jusqu'à quel point? Si l'humanisme suggère un *être ensemble*, cela peut être entendu comme un appel à *être davantage comme nous*, partisans de la norme. « Cette normalité normative est celle, particulière bien que dominante, des membres du groupe majoritaire, qui se reconnaissent dans la vision qu'elle porte et qui lui donnent valeur universelle, estimant que tous doivent, s'ils ne s'y retrouvent pas, s'y mesurer et s'y conformer » (Bourgeault, 2004, p.62). L'intervention auprès des personnes UDI est empreinte d'une puissante valence morale, dans le fait que les comportements visés « font l'objet d'un rejet quasi universel par la population générale comme étant "immoraux" [...] » (Massé, in Massé et Mondou, 2013, p.13). Il n'est pas garanti non plus que les acteurs concernés par les programmes d'intervention ne soient pas eux-mêmes porteurs d'enjeux moraux qui transparaîtraient dans leurs actions. Bien que nombre de discours décrivent la réduction

des méfaits comme une approche d'ordre scientifique et technique, aucune action réfléchie n'échappe pas à la délibération et aux valeurs (Bourgeault, id., p.XV).

L'humanisme prône le respect des droits et libertés des personnes UDI dans les démarches de changement, mais en même temps celles-ci acquièrent un statut de malade, tout en étant tenues responsables des risques de propagation du VIH et moralement contraintes de modifier certains comportements. L'impossibilité de pouvoir dire, pouvoir faire, pouvoir raconter et se raconter, serait ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi, une souffrance qui de surcroît s'ajoute à celle que les individus éprouvent déjà (Ricœur, in Le Bossé, 2012, p.37). « Être responsable, c'est être en mesure de répondre, de faire partie de la réponse collective aussi bien que d'être qualifié pour trouver ses propres réponses personnelles aux situations difficiles que l'on rencontre » (Le Bossé, 2012, p.38). Si le pouvoir d'agir est un apprentissage, pour que les personnes UDI puissent développer le leur, elles doivent avoir la possibilité concrète d'user de leur liberté (id., p.59), entre autres à prendre des risques. « Sinon la prescription d'autonomie n'ait [sic] rien d'autre qu'une injonction qui confine à l'impuissance. Il s'agit là d'un "devoir d'agir" » (Le Bossé, 2007, p.9). À la suite de Massé (in Massé et Mondou, 2013, p.58), nous convenons que la réduction des méfaits n'est aucunement réductible à une logique de preuves « liées au rendement des interventions ou à la mesure des conséquences ». Cela reviendrait à limiter le plein potentiel des programmes d'intervention, et le DPA des personnes UDI. Ce processus d'autodétermination est intrinsèquement lié à la possibilité pour elles de devenir des acteurs responsables face à elles-mêmes, et face aux autres.

1.3. Les pratiques en sites fixes d'échange de seringues

Les programmes qui se réclament de la réduction des méfaits sont nombreux et variés. Ceux en lien plus spécifiquement avec l'usage de drogues par injection sont : l'approvisionnement en seringues, la prescription de drogues de substitution, le travail avec et par les usagers et l'entourage, l'implantation de zones de tolérance (ex. : les sites d'injection supervisée), l'accessibilité à l'information et à l'éducation, notamment en lien avec la prévention du VIH et d'autres infections transmises sexuellement et par le

sang (ITSS), et enfin, les applications et modifications des lois (Brisson, 1997, p.xiv). Considérant nos intérêts de recherche, nous nous attardons exclusivement sur l'approvisionnement en seringues qui, ici comme ailleurs, représente le premier programme en importance. Initié à partir du milieu des années 1980 dans certains pays européens, le programme d'approvisionnement en seringues est à ce jour implanté dans 90 pays, incluant les États-Unis⁵. Au Québec, au cours des vingt dernières années, un vaste réseau de centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) a été implanté (Noël, 2014, p.1). C'est d'ailleurs CACTUS Montréal, créé en 1989, qui est devenu le premier programme d'échange de seringues en Amérique du Nord⁶. Pour poursuivre, présentons quelques données traçant un portrait plus clair de la portée de l'approvisionnement en seringues, et des sites fixes.

En 2014, le Québec disposait de 1245 CAMI répartis dans 16 régions. Ce sont principalement des pharmacies (64 %), des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (29 %) et des organismes communautaires (7 %). Parmi les 369 CAMI du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) on compte 249 points de services en CLSC, 86 centres hospitaliers, 20 cliniques médicales ou GMF et 14 centres de réadaptation en dépendance (Noël, 2014, p.1)⁷. Les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) fournissent aux CAMI le matériel d'injection qui est distribué aux personnes UDI. Au cours de l'année 2012-2013, les ASSS des 16 régions ont remis aux CAMI 2 252 450 seringues, 1 522 392 *Stéricup* et 1 191 292 ampoules d'eau (Noël, 2014, p.3). À Montréal, le nombre de seringues remis aux CAMI s'élève à 1 212 780, une hausse de 81 440 par rapport à l'année 2008-2009. Nous observons une augmentation dans toutes les régions du Québec, sauf le Bas-St-Laurent, la Capitale Nationale et l'Abitibi-Témiscamingue (Noël, 2014, p.4). Retenons que les organismes communautaires (OC) détiennent la plus grande part de l'approvisionnement en matériel d'injection, soit 85.1 % du nombre de seringues distribuées, comparativement à 14.9 % pour les établissements du RSSS (ibid.)⁸. La majorité des OC qui distribuent du matériel sont situés à Montréal et à Québec; en régions semi-urbaines, l'approvisionnement se

⁵ Le rapport émis par *Harm Reduction International, The Global State of Harm Reduction 2014*, stipule qu'aux États-Unis les programmes d'approvisionnement en seringues sont soutenus par les institutions fédérales de santé publique, mais que leur financement par des fonds fédéraux est interdit par le Congrès. Ce document présente également des données examinées par le *North American Syringe Exchange Network* (NASEN), selon lesquelles il y a néanmoins 194 programmes dans 33 États, dont Washington D.C. et Porto Rico (id., 2014, p.90).

⁶ Information tirée du site Internet de CACTUS Montréal.

⁷ GMF : groupes de médecine familiale (Noël, 2014, p.2).

⁸ Pour la période 2012-2013, les OC ont distribué 1 389 233 seringues, 789 277 ampoules d'eau et 580 654 *Stéricup* (Noël, 2014, p.5).

fait autant par les établissements du RSSS que par les OC (id., p.5). Les services offerts dans ces organismes peuvent être dispensés dans un site fixe ou dans les milieux de vie par le travail de proximité ou une unité mobile. Or, plus de 84 % de l'ensemble de la distribution de matériel dans les OC s'est fait dans les sites fixes (id., p.6).

En dépit des moyens mis en place, force est de constater qu'au Québec les taux d'ITSS sont en nette progression. Le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) continuent de faire des ravages particulièrement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les personnes UDI (Bilodeau, 2011, p.4). Parmi celles-ci, la proportion qui contracte le VHC annuellement demeure extrêmement élevée, et le taux d'incidence du VIH, considéré plutôt stable depuis 2002, ne diminue plus. Ce taux a même fortement augmenté entre 1995-2002 et 2003-2009 chez les personnes moins de 25 ans faisant usage de drogues par injection (Venne, 2013, p.78). Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), « Cette recrudescence des ITSS entraîne un constat difficile, mais décisif : les façons de faire actuelles ne permettent pas de contrer efficacement cette problématique complexe. Pour obtenir des gains réels, il faut donc réexaminer la question et tenter de faire autrement » (Boyer, 2014, p.1). Pour faire suite, remarquons que les données statistiques présentées témoignent par-dessus tout de la part du pragmatisme dans les pratiques en site fixe.

En revanche, ceux-ci sont également des lieux où les personnes UDI et les intervenants entrent en relation pour une raison autre que l'accès au matériel d'injection. Durant l'année 2012-2013, dans les OC, une intervention autre a été effectuée pour en moyenne 93 % des visites d'usagers⁹. Dans les établissements du RSSS, cette moyenne est de 21 % (Noël, 2014, p.7). Parmi les écrits recensés, aucun ne nous permet d'expliquer cette différence. Bilodeau (2011, p.35) pointe vers une piste lorsqu'ils font mention de la notion de confiance. Ils expliquent que les services dispensés par l'infirmière de proximité, rattachée à un CSSS, « sont instables et discontinus du fait que ces postes sont l'objet d'un important roulement de personnel. En conséquence ces services sont difficiles à maintenir en place par les CSSS et cela entraîne un bris dans la relation de confiance [...] », entre autres avec les personnes UDI. La confiance est un réquisit pratique à l'effectuation de toute intervention (Soulet, 1997, p.117) qui implique

⁹ Ces interventions sont : information et éducation (67 %), écoute et soutien psychosocial (19 %), référence vers d'autres services (13 %) et les services cliniques ou autres sur place (<1 %) (Noël, 2014, p.7).

la négociation d'une relation d'accompagnement. « Lorsqu'une demande est uniquement technique (renseignements sur des lieux de traitement, information sur les droits...), la confiance n'est bien sûr pas une condition *sine qua non* pour que l'intervention ait lieu » (ibid.). La relation avec les personnes UDI distingue les pratiques en OC. Quelle est la prégnance de cette relation pour les acteurs concernés?

L'usage de drogues par injection fait l'objet d'un rejet quasi universel comme étant immoral. Les personnes UDI se voient repoussées aux confins de la marginalité, ce qui générerait une perte de confiance en leurs capacités à agir sur le monde. Cette perte « conduit souvent à des stratégies de retrait social de la part des personnes marginalisées » (Castel, in Le Bossé, 2002, p.182). Les sites fixes sont le lieu de rencontres quotidiennes, volontaires et empreintes de confiance entre la norme non marginalisée et la marge. Ils constituent un espace où elles sont déjà présentes, et qui « Selon certaines conditions [...] permettrait aux individus en interaction d'établir une distinction (transition) entre soi et l'autre, cet exercice jamais achevé étant au fondement de la construction identitaire » (Parazelli, 2002, p.149). Avant de vouloir s'épanouir, tout individu doit voir son identité attestée par les autres (Le Bossé, 2012, p.36). Cette reconnaissance par les intervenants encouragerait leur public à s'affirmer sein des pratiques en site fixe, et à se percevoir comme un acteur ayant la capacité « de s'octroyer et de se voir octroyer la paternité de ses actions » (id., p.38), et éventuellement de participer à l'atteinte d'un but commun.

Dans la présente recherche, nous observons les pratiques tel un système de places représenté par les principaux acteurs concernés. Au fil de notre analyse, nous avons repéré des marqueurs qui définissent cette place, tels le rôle et les relations, et qui en même temps agissent sur le processus de production des pratiques. L'étude de la place permet de situer les différents acteurs au sein des pratiques, tout en faisant émerger les facteurs en jeu d'un accompagnement menant au développement des capacités qui appuieraient le changement des comportements dits à risques. Pour parvenir à ce type d'accompagnement, qui doit agir? Les personnes UDI, les intervenants, l'organisme, la Direction de santé publique (DSP), les quatre en même temps? Il est évident qu'aucun d'eux n'agit seul. Tous participent à la définition de la place de chacun. Conséquemment, nous examinons le champ des pratiques en site fixe comme un système d'action comportant des acteurs, qui interagissent et produisent des actions, en

vue d'apporter des solutions à une situation jugée problématique (Bilodeau, 2011, p.20). Ces acteurs représentent des groupes socialement situés, porteurs de valeurs, de savoirs et d'intérêts, et qui comportent des contraintes et des atouts (id., p.22). Comment ces groupes perçoivent-ils leur rôle, celui des autres et les relations?

1.4. Le rôle des acteurs

Nous nous intéressons aux principaux acteurs qui participent au renouvellement des pratiques en site fixe. Ces acteurs sont : la DSP, la direction, les intervenants et les personnes UDI¹⁰. Tous détiennent un rôle dans le fonctionnement du système, et selon la place qu'ils occupent, leurs actions ne seraient pas guidées par les mêmes intentions et finalités. À ce sujet, Beauchesne (2001, p.5) constate que :

L'approche de la réduction des méfaits a regroupé des acteurs aux motivations fort différentes. Certains luttent essentiellement contre le sida, et si un vaccin était accessible, leur action se limiterait sans doute à un programme de vaccination contre le VIH. D'autres ont vu dans ce créneau du sida l'occasion d'aider une clientèle négligée et souvent méprisée, qu'ils avaient peine à rejoindre.

En vertu de la loi sur la Santé publique, le MSSS est tenu d'élaborer et d'implanter un plan stratégique de santé publique (Bilodeau, 2011, p.8). Ce plan quinquennal comporte plusieurs axes d'intervention, dont « les personnes aux prises avec une dépendance » (MSSS, 2010, p.27), et pour chacun de ces axes, il fixe les objectifs que le MSSS et son réseau s'engagent à atteindre¹¹. À Montréal, la gestion du plan régional est assurée par la DSP. Elle « définit les objectifs régionaux, assure une expertise en prévention – promotion de la santé en plus de soutenir la concertation régionale parmi les organismes communautaires et parmi les CSSS [...] » (Bilodeau, 2011, p.9). Dans « une perspective de gestion axée sur les résultats »¹², la DSP s'assure également que les cibles du plan sont respectées et atteintes par les organisations concernées. « La DSP

¹⁰ Les données recueillies ne nous indiquent pas la pertinence d'inclure d'autres acteurs qui agiraient sur la manière dont se définit la place telle que nous l'observons. Il n'empêche que d'autres groupes d'acteurs influencent le renouvellement des pratiques en site fixe, telles que la Sécurité publique, les CSSS et le MSSS.

¹¹ Relativement à la dépendance, l'objectif se lit comme suit : « Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique » (MSSS, 2010, p.27).

¹² Formule employée dans le plan stratégique, lorsqu'il est noté que « Dans une perspective de gestion axée sur les résultats, le Ministère, les agences et les établissements devront rendre compte de la réalisation de ces engagements » (MSSS, 2010, p.9).

défend cet objectif d'efficacité vu son rôle de bailleur de fonds qui l'oblige à justifier ses investissements » (Bilodeau, 2011, p.39). Elle encadre donc la mise en œuvre des mesures, entre autres celles relatives à la prévention des ITSS, et soutient financièrement 17 des OC où celles-ci sont implantées (ibid.), incluant CACTUS Montréal (ibid.)¹³. En regard de ses fonctions, il est concevable que la DSP entretienne peu de relations directes avec les acteurs situés au bas de la stratification sociale. Or, le rôle étant relationniste, le manque d'interaction marquerait tout autant la définition des places, car bien plus qu'une absence, une inexistence, « C'est une incapacité des êtres et des actes à *faire sens ensemble* [...] » (Barel, 1982, p.167).

Dans le but de coordonner la mise en place des mesures régionales et de favoriser la collaboration avec la DSP, celle-ci a regroupé les représentants de la direction des 17 OC œuvrant en prévention des ITSS, et dont elle est le ou l'un des bailleurs de fonds, autour de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* (Bilodeau, 2011, p.9). Les directions veillent au fonctionnement général des organismes, et des sites fixes. Elles organisent, dirigent et administrent les actions sur le terrain, tout en maintenant une cohérence entre les orientations de la DSP, la mission de l'organisme, ses capacités et ses ressources. D'après Le Bossé (2012, p.188), la performance de « l'administrateur » passe à la fois par la production du résultat attendu et le fonctionnement harmonieux de son organisation. Cela signifie « qu'indépendamment de leurs caractéristiques personnelles, un des enjeux des administrateurs d'organisations des pratiques sociales consistera à privilégier les changements prescrits qui sont les plus compatibles avec le fonctionnement de leur organisation et à éviter les plus controversés » (ibid.). De par leurs fonctions et responsabilités, les directions sont amenées à interagir avec la DSP et les intervenants. Elles occupent donc une position stratégique d'entre-deux qui leur permet d'être à l'affût des orientations envisagées, tout en ayant accès aux informations concernant les changements de réalités sur le terrain.

Les intervenants incarnent les pratiques d'intervention en site fixe. Ils ont comme principales fonctions de distribuer le matériel stérile et d'accompagner les personnes UDI. Leur rôle les amène à vivre avec elles une relation privilégiée et à partager une

¹³ Sur l'île de Montréal, plus d'une vingtaine d'organismes réalisent des actions de prévention des ITSS. Pour certains organismes celles-ci se situent au cœur de leur mission [par exemple CACTUS Montréal], tandis que pour d'autres elles constituent une préoccupation connexe (Bilodeau, 2011, p.9).

quotidienneté, qui n'existe pas sans incertitude et sans risque. Dans une étude traitant des problèmes éthiques rencontrés dans la pratique de 26 intervenants montréalais œuvrant en réduction des méfaits, Bouthillier (2008) expose des enjeux qui touchent le rôle de ces acteurs. Les auteurs démontrent que l'application de la réduction des méfaits suscite des tensions « reflétant la difficulté à traduire l'idéal abstrait des valeurs dans un geste concret avec et pour l'autre [...] » (id., p.72). Diverses explications du pragmatisme, de l'humanisme et de la tolérance cohabitent et génèrent des disparités dans l'action (ibid.). Pour les organisations, le pragmatisme signifie « efficacité », « alors que pour les intervenants il se manifeste par des gestes concrets posés pour aider les personnes dans leur globalité » (id., p.73). « De fait, lorsque l'on côtoie régulièrement les intervenants de 1^{re} ligne, on est rapidement amené à constater que l'essentiel de leurs enjeux est relié à leur capacité effective à venir en aide aux personnes qu'ils accompagnent » (Le Bossé, 2012, p.193). Si pour la DSP l'accès au matériel constitue une priorité¹⁴, « Les intervenants ne se préoccupent pas du nombre de seringues distribuées, mais davantage de chaleur humaine et de liens établis » (Bouthillier, 2008, p.73). Leurs places respectives au sein des pratiques en site fixe, qui se distinguent en partie par leur rôle, façonneraient leurs représentations du système.

Les intervenants doivent par ailleurs composer avec les règles et exigences qui encadrent leurs interventions, même si souvent ils estiment ces dernières peu adaptées aux idéaux de la réduction des méfaits (Bouthillier, 2008, p.73). « En effet, la pertinence d'une intervention dépend en bonne partie du contexte et il est fréquent que celui-ci génère structurellement des obstacles à l'efficacité du praticien » (Le Bossé, 2012, p.199). Pour éviter ces obstacles, il est envisageable que les intervenants établissent une distance avec la direction et la DSP. Cette abstraction leur permettrait d'esquiver les doutes quant à l'efficacité de leurs interventions et les tensions inhérentes aux caractéristiques de la chaîne de production des pratiques sociales (Le Bossé, 2012, p.199). La relation avec leur public deviendrait « le lieu d'une authenticité considérée comme impossible sur les autres registres de l'action. Et dès lors, cette relation n'a d'autre horizon qu'elle-même; elle devient un "entre soi" vide dont le travailleur social peut tirer certains bénéfices narcissiques, bénéfices qu'il est le seul à partager » (Dubet,

¹⁴ Le *Rapport du directeur de santé publique 2010* le confirme et annonce leur leitmotiv : joindre plus, dépister plus, traiter plus. Six stratégies sont priorisées, dont l'augmentation de l'accès au matériel de protection (Lessard et Valiquette, 2010, p.20).

2002, p.263). Dans un tel contexte, les intervenants agiraient comme si seule la relation avec leur public existait, faisant fi de l'organisation dans laquelle ils s'insèrent.

Au sujet de cette relation, les praticiens expriment leur difficulté à donner sens à certains choix des individus qu'ils accompagnent. Ils soulignent qu'il est très facile de tomber dans la moralisation, même si cela va à l'encontre de la réduction des méfaits (id., p.71).

Au sein des relations « Je-Tu », plusieurs « désirs de liberté » s'affrontent. Cette confrontation place les intervenants dans des situations complexes. Ces problèmes mettent constamment au défi les limites personnelles et professionnelles des intervenants et questionnent le sens de leur intervention; en faveur de qui, en faveur de quoi? Pour les personnes toxicomanes qui ont besoin d'aide? Pour satisfaire leur devoir d'intervenant? (ibid.)

Afin d'échapper à ces dilemmes éthiques, les intervenants mettent parfois leurs valeurs personnelles en veilleuse pour adhérer à celles de la réduction des méfaits considérées plus neutres (Bouthillier, 2008, p.65). Sans cette mise en veille, ils ne pourraient poser certains gestes « tels que donner des seringues à une personne qui a les bras remplis d'abcès, dire à un proxénète de laisser dormir ses prostituées pour qu'elles puissent "mieux" travailler, donner des condoms à un pédophile, etc. » (ibid.). « En effet, il est psychologiquement impossible d'être placé constamment en situation de vulnérabilité à la souffrance de l'Autre si l'on ne peut rien y faire » (Le Bossé, 2012, p.195). En même temps, à trop vouloir ne pas confronter leurs valeurs, les praticiens courent le risque de se réfugier dans une forme de rationalisation où seuls les aspects techniques du problème des personnes seraient de leur ressort (id., p.193). Pour pallier à ce sentiment d'impuissance et éviter que leurs actions ne se cantonnent dans un raisonnement techniciste, à la suite de Le Bossé (2012, p.125) nous proposons que le rôle des intervenants réside dans leur participation à l'affranchissement des individus. Conformément à ce qui précède, cet accompagnement influerait sur leur capacité à œuvrer vers un épanouissement individuel et collectif.

Au Québec, depuis 1994 les personnes UDI sont officiellement identifiées comme *vulnérables*, et plus ciblées par les programmes du MSSS (Clermont, 2007). Pour la période allant du 1^{er} juillet 2009 au 30 juin 2010, la taille de la population UDI pour l'île de Montréal a été évaluée à 3908 personnes (Leclerc, 2013, p.11). En 2012-2013, 15 % d'entre elles sont infectées par le VIH et 63 % par le VHC (Noël, 2014, p.1). Annuellement, c'est 2.6 personnes UDI sur 100 qui s'infectent par le VIH et 24.9 par le

VHC (ibid.). Outre cela, 50 % d'entre elles ont fait une surdose au moins une fois dans leur vie (Clermont, 2007) « Toutes les surdoses n'aboutissent pas nécessairement au décès, mais les conséquences sur la santé ne sont pas négligeables » (Noël, 2014, p.9). De par ces données, les personnes UDI légitiment la mise en place de programmes d'intervention en réduction des méfaits. Cependant, tout en voulant les *aider*, on les identifie comme vulnérables et porteuses de risques, ce qui du coup les marginalise et les stigmatise encore davantage. Cette marginalisation n'est pas sans conséquence sur la représentation de leur place. « [...] l'expérience d'un tel déclasserement social va donc de pair avec une perte de l'estime de soi, il n'a plus aucune chance de pouvoir se comprendre lui-même comme un être apprécié dans ses qualités et ses capacités caractéristiques » (Honneth, 2002, p.165).

Depuis 2010, l'une des six priorités de la DSP est de « Favoriser l'autonomisation (*empowerment*) » des HARSAH et des personnes UDI (Lessard et Valiquette, 2010, p.20). Les programmes d'échange de seringues sont de plus en plus incités à encourager la mobilisation et la participation des individus (Lessard et Valiquette, 2010, p.27), et à se tourner vers l'intervention par les pairs. Noël et Gagnon (2013, p.12) attestent que celle-ci a une portée plus grande en termes de réduction des méfaits que les interventions dites « traditionnelles ». « Dans les études qui ont mesuré le partage de seringues et du matériel d'injection, les auteures observent une baisse plus importante de ces pratiques à risque chez les personnes UDI exposées à des interventions par les pairs ». De ce fait, plusieurs programmes d'échange de seringues du Québec seraient devenus des lieux de mobilisation « qui encadrent des projets réalisés par des personnes UDI » (id., p.3). À titre d'exemple, les auteures relèvent le programme PLAISIIRS¹⁵. Situé dans les locaux de CACTUS Montréal, il s'agit d'un « lieu de rencontre où les personnes utilisatrices de drogues peuvent bâtir ensemble des projets communs »¹⁶. Noël et Gagnon (2013, p.14) confirment les effets favorables de la participation des personnes UDI dans des activités de prévention : une réduction de la consommation de drogues et une diminution de l'injection avec des partenaires inconnus. « Par contre, ces transformations positives de la consommation ne s'observent pas chez les membres de leur réseau à risque suggérant que ce type

¹⁵ PLAISIIRS : Programme de Lieu d'Accueil et d'Implication sociale pour personnes qui consomment maintenant ou auparavant des drogues par injection et Inhalation, Responsables et Solidaires (Blogue de PLAISIIRS). Ce programme « mise sur l'éducation populaire et la participation citoyenne, afin d'améliorer la qualité de vie » des individus (Site Internet CACTUS Montréal).

¹⁶ Information tirée du site Internet de CACTUS Montréal.

d'intervention favoriserait le recrutement des personnes les plus motivées » (ibid.). De plus, dans les organismes, cette mobilisation n'est pas forcément synonyme d'une participation des personnes UDI dans les espaces de dialogue ou décisionnels les concernant (Jürgens, 2005, p.38). Au sein de l'approche de réduction des méfaits, la place de son public a changé. Si celle-ci est interdépendante de celle des autres, comment ce changement affecte-t-il la place des autres acteurs du système?

1.5. Les relations entre les acteurs

La place d'un individu a une signification sociologique claire, en ce sens qu'elle dénote un nœud de relations (Pizarro, 1999, p.149). C'est l'ensemble du système qui revêt de l'importance, et non l'acteur défini hors de son contexte relationnel. « On ne pourrait comprendre la stratégie d'un acteur au sein d'une organisation qu'en la replaçant dans l'ensemble des jeux auxquels il participait simultanément, en identifiant, d'autre part, la maîtrise des relations [...] » (Crozier et Friedberg, 1977, p.132). Dans le système que représente le site fixe, il y a reproduction des processus sociaux et des places. Or, bien que dans une relation les individus sont soumis à une influence qui les amène à modifier leurs comportements en fonction des réactions de l'autre, selon le pouvoir détenu par l'un en relation avec un autre, cette influence ne suppose pas nécessairement une réciprocité (Marc et Picard, in Barus-Michel, 2013, p.191). Afin de mieux appréhender les relations au sein des pratiques en site fixe, nous faisons appel à la triangulation selon Barel (1982). Ayant lui-même emprunté ce terme à Freud, la triangulation, sert à désigner une relation triangulaire revêtant l'aspect d'une relation duale, car « [...] dans tous les cas *quelque chose s'invisibilise* : le tiers participant est tenu pour absent, ou bien, au contraire, on "l'invente" pour occulter la confrontation directe de deux acteurs ou de deux locuteurs » (Barel, 1982, p.181). Ces relations triangulaires mettent en scène un représentant, l'intermédiaire, un représenté, et celui auprès de qui s'exerce la représentation. « La triangulation, avec son jeu sur le visible et l'invisible, nous fait apercevoir la *nécessité* que certains rapports soient invisibles, pour qu'ils puissent *être* » (id., p.189). L'invisibilisation de certains acteurs, notamment les représentés, ne serait pas fortuite. « Elle est de l'ordre de la *relation*, relation entre le fait et sa cause ou sa conséquence, entre des temps de l'histoire, entre l'événement et son commentaire,

entre l'observé et l'observateur, la chose et le mot, le réel et l'imaginaire » (id., p.14). Mais qu'advient-il de la place des représentants lorsque celle des représentés est appelée à changer? Quels processus se mettent alors à l'œuvre?

Le site fixe d'échange de seringues représente un système d'action ouvert. Il y aurait en permanence des échanges d'informations, tant avec l'extérieur, qu'entre les acteurs évoluant à l'intérieur. Lorsque les acteurs entrent en compétition entre eux, il s'installe alors une lutte pour la domination, plutôt qu'une solidarité, où chacun cherche à préserver sa place, au détriment des autres. En outre, dans une lutte pour la domination, rapidement l'accès à l'information devient un enjeu de pouvoir :

Au secours de ce système, la mise en scène des décisions, machinerie qui met en jeu les rouages classiques : informations, délibérations, instants uniques de la volonté, réalisations. Les trois premiers temps sont « secrets ». [...] ils concernent les dirigeants, un petit groupe qui détient l'information, qui est capable de délibération et d'édiction. (Sfez, 1978, p.460)

Les représentants se limiteraient « [...] le plus souvent à la diffusion de l'information spécialisée, professionnelle, celle exigée par la croissance, le profit et le maintien de leur domination » (Laborit, 1974, p.219). La transmission non généralisée de l'information contribuerait à maintenir l'écart entre les représentants et les représentés : « [...] les dominés ne le sont que par déficit informationnel » (id, p.179). Cependant, il nous semble que pour participer à un but commun, un épanouissement collectif, les individus doivent acquérir une information généralisée, et non pas seulement spécialisée. À titre d'exemple, relevons que parmi les interventions où des pairs sont impliqués, celles où ceux-ci ont reçu le plus de soutien et ont eu accès à plus de formation, sont celles qui ont produit le plus de résultats en ce qui a trait à la diminution des comportements à risques liés à l'injection (Noël et Gagnon, 2013, p.12). Par ailleurs, en référence à la triangulation selon Barel (1982), indépendamment des acteurs qui se retrouvent dans une relation triangulaire, le représenté serait limité au niveau de l'accès à l'information. La transmission non généralisée de l'information influencerait la place des acteurs, et le renouvellement des pratiques d'intervention.

CHAPITRE II

DIMENSIONS THÉORIQUES

Le parcours que nous avons tracé nous conduit à notre question de recherche. Celle-ci peut se lire comme suit : comment se définit la place des acteurs concernés par les pratiques d'intervention en site fixe d'échange de seringues? Notre corpus rassemble des auteurs qui nous amènent à dire, qu'au sein d'un système de reproduction des processus sociaux, la place se définit à travers les représentations du rôle et des relations, tous deux marqués par les représentations des concepts qu'ils produisent à leur tour. Explorons maintenant les jalons théoriques de notre recherche : le rôle, les relations, les intentions et la place des acteurs.

2.1. Le cadre d'analyse théorique

Le cadre d'analyse théorique que nous préconisons est celui de l'analyse stratégique : une approche organisationnelle de l'action collective s'inscrivant dans l'univers de l'analyse institutionnelle (Mendel et Prades, 2002, p.3). « Le raisonnement stratégique part du regard de l'acteur pour s'ouvrir au système dont les contraintes permettent de comprendre le comportement de l'acteur » (Mendel et Prades, 2002, p.23). Cette vision correspond à notre propre intuition sur la manière d'appréhender la place des acteurs au sein d'un système. À ce sujet, Amblard (1996, p.25) précise que :

L'analyse est stratégique en ce sens que le comportement des acteurs dépend moins des objectifs clairs et conscients qu'ils se donnent, des contraintes de l'environnement, que des atouts qui sont à leur disposition et des relations dans lesquelles ils sont insérés.

L'analyse stratégique repose sur deux postulats de base : « [...] il existe une certaine liberté pour l'acteur qu'on ne peut jamais réduire uniquement à son rôle officiel; de plus les intérêts et les objectifs des acteurs ne peuvent jamais recouvrir totalement ceux de l'organisation » (Mendel et Prades, 2002, p. 23). Cela étant dit, cette perspective théorique reste une grille de lecture qui ne se veut pas absolue. À elle seule, l'analyse stratégique ne nous permet pas d'expliquer en totalité tous les concepts, notamment le

rôle, dans les représentations que les acteurs portent sur le leur : « L'individu en lui-même ne trouve pas place à l'intérieur de la sociologie de Crozier. Des acteurs calculent, mettent en œuvre des stratégies au gré de leurs intérêts objectifs. » (Mendel et Prades, 2002, p.97). Nous nous sommes donc également dirigés vers Berger et Luckmann (1986), Dubet (2002) et Le Bossé (2012), qui nous permettent de mieux appréhender les subtilités que comporte la notion de rôle, tout en proposant un cadre d'analyse cohérent avec celui de l'analyse stratégique. Par ailleurs, notre analyse du rôle et des relations est traversée par les représentations sociales qui s'expriment dans discours des différents acteurs :

La représentation fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité qui régit les relations des individus à leur environnement physique et social, elle va déterminer leurs comportements ou leurs pratiques. La représentation est un *guide pour l'action*, elle oriente les actions et les relations sociales. Elle est un prédécodage de la réalité, car elle détermine un ensemble d'*anticipations* et d'*attentes*. (Abric, 1994, p.18)

Aborder le discours des acteurs sous l'angle de la représentation sociale, nous amène à reconstituer les processus qui définissent la place de chacun. Le cadre d'analyse étant précisé, cherchons à présent à cerner les dimensions théoriques entourant le rôle.

2.2. Le rôle

À travers notre revue de littérature, nous notons que plusieurs auteurs, dont Berger et Luckmann (1986), Dubet (2002) et Mendel (2003) nous parlent d'un rôle inhérent à l'organisation. De même, Crozier et Friedberg (1977) et Laborit (1974), décrivent un rôle relationniste, mais cette fois au sein d'un système. À la suite de ces auteurs, nous considérons que le rôle est un concept indispensable à notre compréhension de la place des acteurs au sein des sites fixes d'échanges de seringues, ceux-ci émanant de la réduction des méfaits. Nous considérons cette approche telle l'institution, dont notre conception de l'institution s'appuie sur celle de Hess (in Barus-Michel, 2013, p.183) :

Les institutions sont définies comme « des phénomènes sociaux, impersonnels et collectifs, présentant permanence, continuité, stabilité » (Chevallier, 1981). Dans cette perspective, les institutions constituent un ordre, supérieur aux individus et aux groupes, qui assure la cohésion sociale, réalise l'intégration et fonde la pérennité de la société. Les institutions sont l'expression de la garantie de l'ordre social. Les institutions englobent, dans cette perspective, les normes et les obligations de comportement (les normes juridiques), et les groupes organisés au sein desquels s'effectuent les processus d'apprentissage et de socialisation.

Quant aux sites fixes, comme nous l'avons nommé, nous les envisageons comme des systèmes, émanant de cette institution. Crozier et Friedberg (1977, p.286) décrivent le système d'actions comme suit :

[...] un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux.

Si le développement de toutes pratiques d'intervention sociales implique de la part des acteurs un faire ensemble, les sites fixes ont les caractéristiques d'un système, « [...] c'est-à-dire d'un ensemble de personnes et de groupes s'associant pour résoudre des problèmes communs nécessitant l'établissement de relations de coopération » (Lévy, in Barus-Michel, 2013, p.218). Cela étant dit, poursuivons notre réflexion sur le rôle. Dans un article de l'Encyclopædia Universalis, Rocheblave-Spenlé explique ce concept ainsi :

Si les rôles dramatiques marquent la vie de l'individu et s'y mêlent parfois aux rôles sociaux, seuls ces derniers renvoient au groupe ou à la société par l'intermédiaire du statut. En conséquence, ce sont ces rôles sociaux qui ont spécialement été étudiés par les psychologues. Ils constituent un modèle organisé des conduites, relatif à un certain statut de l'individu dans le groupe; déterminés par le consensus des membres du groupe, ils possèdent une valeur fonctionnelle pour celui-ci.

Cet extrait rejoint notre idée d'un rôle social, se développant entre autres au rythme de ce qu'il représente pour les autres. D'ailleurs, selon Abric (1994, p.17), « [...] toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne ». Berger et Luckmann (1986, p.104) rappellent les propos de Rocheblave-Spenlé selon lesquels le rôle est un modèle organisé de conduite : « Les rôles apparaissent dès qu'un stock commun de connaissances contenant des typifications réciproques de conduites commence à se

former ». Ils précisent que « L'origine des rôles repose sur le même processus fondamental d'habitualisation et d'objectivation qui est à la base des institutions » (ibid.).

Selon Dubet (2002, p.16), lorsque les principes définissant l'action des acteurs, c'est-à-dire leur rôle, ne peuvent être justifiés par la tradition, la volonté divine ou le désir commun de faire société, la discussion et le débat rationnel s'imposent. Toutefois, la discussion comme le débat supposent une égalité formelle des acteurs. « Or, le programme institutionnel ne met pas en présence des égaux. Le déclin du programme institutionnel fait émerger de nouvelles figures de la domination et du contrôle » (ibid.). Tous ne participeraient pas au sein des différents espaces de dialogues et organes décisionnels mis en place pour assurer le maintien de l'institution; il y aurait des représentants et des représentés. À ce sujet, Sfez (1978, p.182) nous explique qu'« Il existe une autonomie du représentant par rapport à la classe qu'il représente », qui plus est une autonomie dont il aurait conscience. Cela confère aux représentants une plus grande marge de liberté relativement à l'exécution de leur rôle, autrement que selon les règles et les habitudes établies. Les représentants auraient davantage de responsabilités, car ils assumeraient certaines de celles des représentés. Parallèlement, les acteurs représentés auraient moins d'opportunités de développer leur pouvoir d'agir.

2.3. Les relations

Plusieurs auteurs s'intéressent aux relations au sein d'un système donné. Afin d'accompagner notre analyse du concept des relations, nous retenons notamment Laborit (1974), Crozier et Friedberg (1977) et Barel (1982). Bien que leur cadre de référence respectif comporte certaines différences, ils semblent a priori s'entendre sur le fait qu'un système se révèle dans les relations entre les acteurs qui le composent. Tel que nous l'avons expliqué précédemment, Laborit (1974) analyse la distinction entre la hiérarchie de valeur et la hiérarchie de fonction. Dans la première, chaque groupe entre en compétition avec les autres, tandis que dans la deuxième, tous s'intègrent fonctionnellement à l'ensemble. Or, pour parvenir à une telle intégration, il faut que chacun « [...] soit informé de la finalité de l'ensemble et qui plus est, nous l'avons vu, qu'il puisse participer au choix de cette finalité » (Laborit, 1974, p.118). Pour que tous

les acteurs participent au choix de la finalité, les informations concernant une organisation doivent demeurer circulantes (id., p.35). À l'opposé, le contrôle des informations contribuerait à une hiérarchisation des places basée sur la valeur accordée à chacun, au risque de voir émerger une compétition entre certains.

Le pouvoir serait lié à la relation, et à la négociation. Dans une relation, chacun permettrait à l'autre d'avoir un certain pouvoir sur lui, et chacun aurait la possibilité de négocier cette relation *de pouvoir* avec l'autre. « En d'autres termes, si B ne peut plus marchander sa volonté de faire ce que A lui demande, il ne peut plus y avoir de relation de pouvoir entre les deux, car B cesse alors d'exister en tant qu'acteur autonome face à A, pour ne devenir qu'une chose » (Crozier et Friedberg, 1977, p.68). Le postulat implicite qui justifie ce raisonnement des auteurs, « [...] c'est qu'il ne peut y avoir pouvoir sans structuration et que structuration suppose régulation, c'est-à-dire que nous devons nous trouver dans le cas d'un système d'action » (id., p.249). Évidemment, nous pourrions avoir comme réponse de dire que l'idéal serait de supprimer tout pouvoir des relations. Or, tel qu'en témoignent Crozier et Friedberg (id., p.433), nous pensons au contraire que dans un système donné, les relations de pouvoir sont consubstantielles à l'action humaine. « Elles sont directement liées à cette zone de liberté qui fonde l'existence de l'homme, de l'individu en tant qu'acteur [...] ».

Afin d'élever notre compréhension des relations entre les acteurs au sein des pratiques d'intervention en site fixe, nous faisons appel à la triangulation selon Barel (1982). La triangulation met en scène les relations entre trois acteurs, dont l'un est absent. Tel que l'explique Barel (1982, p.182), « Cette invisibilisation n'est ni gratuite, ni effet simple de la méconnaissance de la complexité des rapports sociaux ou interindividuels. Elle est jusqu'à un certain point *constitutive* de ces rapports, en ce sens que, sans elle, ils ne pourraient pas se nouer ou fonctionner correctement ». Autrement dit, cette invisibilisation suppose qu'un représentant, intermédiaire, parle à un administrateur, juge, au nom d'un représenté, exclu du savoir¹⁷. Apparaissant comme la moitié pauvre de l'altérité, le représenté serait exclu du processus décisionnel, et éloigné de l'information « spécialisée ». En faisant appel à la triangulation selon Barel (1982), nous illustrons des scénarios de relations pouvant entrer en considération dans notre analyse.

¹⁷ Voir l'annexe A, pour la schématisation des relations triangulaires, tel qu'envisagé lors de l'élaboration de la recherche. Chacune de ces triangulations révèle un représentant, un représenté et un autre auprès de qui a lieu la représentation.

Étant donné que les pratiques d'intervention regroupent des acteurs aux fonctions et responsabilités fort différentes, ces derniers manifesteraient des intentions, qui à leur tour influenceraient la manière dont se définissent les relations, et les rôles.

2.4. Les intentions

Lorsque nous pensons aux intentions, nous faisons référence aux espérances des acteurs, celles qu'ils nourrissent pendant même qu'elles se construisent. « Une société définit des valeurs, des principes auxquels les hommes doivent se conformer » (Enriquez, in Barus-Michel, 2013, p.153). En effet, il semble que nous évoluions « [...] dans un univers normatif prescrivant ce que les individus devraient être et ne pas être, désirer et ne pas désirer, faire et ne pas faire, s'ils devraient recevoir un service et pas un autre » (Parazelli, 2002, p.12). Cela étant dit, Mendel (1992, p.240) souligne que « Ce n'est pas le monde qui nous environne qui impose sa loi, c'est nous qui nous construisons notre propre représentation du monde et qui la confrontons ensuite avec la réalité, au moyen d'une *interaction* en quelque sorte intentionnelle avec l'environnement ». Dans un système donné, chacun des acteurs concernés aurait avant tout le rôle de contribuer au maintien et au fonctionnement de ce système. En voulant maintenir la répétition de certains rôles, afin de préserver l'ordre au sein d'un système, des contraintes émergeraient alors dans le jeu des acteurs (Berger et Luckmann, p.105). Ces dernières réduiraient la marge de liberté des acteurs, faisant en sorte que ceux-ci puissent difficilement exploiter le potentiel de leur imagination, d'autant plus s'ils espèrent exercer leur rôle autrement que selon les règles établies, qu'elles soient explicites ou implicites. Les représentations du rôle, en relation avec les autres, seraient marquées d'une tension entre les actions concrètes et les intentions profondes.

2.5 La place des acteurs

Tel que nous l'avons évoqué, les pratiques en sites fixes constituent un système de reproduction de processus sociaux, où se construisent des représentations des rôles et

des relations, et des concepts qu'ils produisent, et à travers lesquels se définit la place. « Le système de place apparaît donc comme agrégat des représentations des rapports (de l'ensemble des sujets) avec l'ensemble de tous les produits dans la totalité des processus sociaux » (Pizarro, 1999, p.158). Or, ces pratiques produisent également, et surtout, des stratégies d'intervention visant à réduire les risques associés à l'usage de drogues par injection. La place des personnes UDI serait notamment déterminée par le fait d'avoir des habitudes de consommation dites à risque, raison pour laquelle les instances responsables les ont d'ailleurs identifiées comme étant vulnérables. « La notion de vulnérabilité renvoie à la finitude et à la fragilité de l'existence humaine. Les personnes vulnérables sont celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique »¹⁸. Indirectement, cette représentation renvoie tout de même à une « Forme évaluative de mépris, qui consiste à juger négativement la valeur sociale de certains individus ou de certains groupes » (Honneth, 2002, p.164).

Puisque le rôle est relationnel, les représentations d'autrui face à soi influenceraient la construction même de l'identité. S'il est attendu qu'un individu s'implique et démontre la capacité d'imputabilité, déjà faut-il le percevoir comme un être responsable. « Il faut que les autres reconnaissent qu'il a les valeurs mêmes que nous souhaitons lui voir posséder » (Honneth, 2002, p.105). En rapport aux personnes UDI, Jürgens (2005, p.29) ajoute que « [...] les circonstances de la vie de plusieurs personnes qui utilisent des drogues, et en raison du stigmatisme et souvent de l'hostilité et de la haine qu'elles rencontrent, des efforts particuliers sont nécessaires afin de rendre leur implication possible ». Par ailleurs, nous faisons l'hypothèse que les personnes UDI ne sont pas les seules dont la participation au développement des pratiques est limitée : « Ce qui fait la solidité d'un système hiérarchique complexe, c'est qu'on y trouve à chaque niveau de l'échelle des dominants et des dominés » (Laborit, 1974, p.145). Les acteurs situés plus bas dans l'échelle hiérarchique conserveraient l'idée qu'ils ne peuvent occuper une place autre que celle qu'ils ont déjà.

¹⁸ Encyclopédie de L'Agora [en ligne].

CHAPITRE III

CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

Dans ce chapitre, nous expliquons comment la démarche scientifique que nous préconisons a permis d'opérationnaliser l'exploration de notre objet de recherche. Nous présentons les objectifs de recherche, la méthodologie, de même que les considérations éthiques dont nous avons tenu compte.

3.1. Objectifs de recherche

Notre objectif général de recherche consiste à comprendre le processus à travers lequel se définit la place des acteurs concernés par l'élaboration du système que représentent les pratiques d'intervention en site fixe. Afin d'atteindre cet objectif, nous avons demandé aux répondants de nous parler du système, de leur rôle et de celui des autres, des relations évoluant entre eux, de même que de leur participation au développement des pratiques. Nous avons cherché à cerner la façon les acteurs perçoivent leurs fonctions et responsabilités, afin de distinguer leurs possibilités d'action concrète de leurs espérances et leurs intentions. Aussi, nous avons voulu saisir la capacité de chacun à exécuter l'action, tout en tenant compte de la gratification qu'ils en retirent et de la marge de liberté dont ils disposent dans les interactions avec les autres.

3.2. Méthodologie

Cette section nous amène à définir le type de recherche que nous avons réalisée, et à expliquer notre méthodologie de recherche. Nous présentons notre échantillon, la méthode de collecte de données et notre guide d'entrevue. Nous terminons avec la méthode d'analyse de la collecte de données.

3.3. Le type de recherche

Cette recherche qualitative a été réalisée au fil d'une démarche à la fois déductive et inductive. Le choix des repères théoriques présentés est guidé par les savoirs d'expérience acquis durant ma pratique comme travailleuse de rue. Celle-ci a favorisé une compréhension des enjeux liés aux pratiques d'intervention émanant de la réduction des méfaits, qui a orienté le choix des repères théoriques. Ces connaissances m'ont permis de soumettre les théories étudiées à une première vérification empirique, afin de distinguer celles plus susceptibles de donner un sens à mes intuitions. Au fil de ce processus, nous n'avons rejeté aucun des repères choisis.

3.4. L'échantillon

Notre recherche se rapporte aux acteurs mettant en scène les pratiques d'intervention au sein du site fixe d'échange de seringues de CACTUS Montréal. Nous avons sélectionné 10 répondants qui représentent les principaux acteurs : quatre personnes UDI (entretien 02, 04, 05 et 06), deux intervenants (entretien 03 et 07), deux représentants de la direction (entretien 01 et 09) et deux représentants de la DSP de Montréal (entretien 08)¹⁹. Un seul critère a orienté la sélection des intervenants : ils ont au moins deux ans d'expérience au site fixe. Nous considérons que cette durée est nécessaire pour approfondir une réflexion sur les pratiques en site fixe, leur rôle et les relations avec les autres acteurs. Pour ce qui est des personnes UDI, trois critères ont guidé la sélection : le genre (deux hommes et deux femmes), elles font usage de drogues par injection depuis au moins deux ans et elles fréquentent régulièrement le site fixe de CACTUS Montréal. De même, nous considérons que ces deux années constituent une durée nécessaire pour se familiariser suffisamment avec les pratiques en site fixe pour pouvoir en parler lors de l'entrevue, et éviter un inconfort.

¹⁹ Les répondants représentant la DSP ont été rencontrés ensemble, et un seul et même entretien a été réalisé, soit l'entretien 08. Les questions n'ont pas été posées à chacun des répondants individuellement, mais plutôt au « groupe », et les réponses ont été communes et partagées.

3.5. La méthode de collecte des données

La collecte de données s'est effectuée auprès des répondants ci-haut nommés, de la mi-juin à la mi-octobre 2013. Deux instruments de collecte de données ont été utilisés : un entretien semi-directif (90 à 120 minutes) et une fiche signalétique recueillant des données sociodémographiques de base (le genre, le sexe, l'âge, le niveau de scolarité et le nombre d'années d'expérience). L'entretien semi-directif consiste en l'utilisation de questions ouvertes, et l'utilisation de sous-questions visant à confronter le répondant à la cohérence de son récit. Ce type d'entretien favorise l'émergence de catégories imprévues au départ de la recherche. Le guide d'entrevue débute avec des questions plus simples, et progresse graduellement vers des thèmes plus complexes, et qui pourraient bousculer davantage. Pour terminer, notons que pour le 3^e thème, « Les relations entre les acteurs », il a été demandé à chaque répondant de tracer un schéma de leurs relations. Celui-ci nous a surtout permis de faire apparaître des acteurs auxquels nous n'avions pas pensé. Voici ci-après notre guide d'entrevue :

1^{er} thème : La réduction des méfaits et les pratiques en site fixe d'échange de seringues

- Comment définissez-vous la réduction des méfaits?
- Parlez-moi des pratiques d'intervention au site fixe d'échanges de seringues.
- Croyez-vous que ces pratiques ont changé au cours des dernières années? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?
- Croyez-vous que des formes d'organisation du travail (gestion, encadrement, exigences administratives, etc.) influencent les pratiques d'intervention en site fixe? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?
- Croyez-vous que des politiques (attentes face aux modalités/méthodes d'intervention, ciblage des groupes à risque, etc.) influencent les pratiques d'intervention en site fixe? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?

2^e thème : Le rôle des acteurs²⁰

- Comment voyez-vous votre rôle en lien avec le site fixe d'échange de seringues?
- Diriez-vous que ce rôle a changé au cours des dernières années?
- Selon vous, qu'est-ce qui facilite votre rôle?

²⁰ Lors de nos entretiens, pour faciliter la compréhension commune du rôle, nous avons traduit ce concept par les fonctions et les responsabilités spécifiques à chaque acteur. Cela a été communiqué à tous les répondants.

- Selon vous, qu'est-ce qui limite votre rôle?
- Comment décririez-vous le rôle des autres acteurs (DSP, direction, intervenants et personnes UDI)?

3^e thème : Les relations entre les acteurs

- Comment décririez-vous vos relations avec les autres acteurs (DSP, direction, intervenants et personnes UDI)?
- Diriez-vous que ces relations ont changé au cours des dernières années? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?
- Pour chacun de ces acteurs, qu'est-ce qui facilite vos relations?
- Pour chacun de ces acteurs, qu'est-ce qui limite vos relations?
- Finalement, parmi vos relations avec les autres acteurs, lesquelles considérez-vous satisfaisantes? Pourquoi? Lesquelles considérez-vous insatisfaisantes? Pourquoi?
- Diriez-vous que ces relations ont un effet sur votre rôle? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?

4^e thème : L'évaluation du système d'action

- Compte tenu de ce que vous avez dit auparavant quant aux rôles et aux relations, est-ce que vous trouvez que les pratiques d'intervention développées en site fixe remplissent bien leur fonction?
- Quelles sont vos principales espérances face aux pratiques?
- Y a-t-il des actions que vous aimeriez réaliser, que vous ne pouvez pas réaliser actuellement? Lesquelles?
- Croyez-vous qu'il serait possible pour vous de réaliser ces actions? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?
- Diriez-vous que vous participez au développement des pratiques d'intervention en site fixe? Si oui, comment? Sinon, pourquoi?

3.6. La méthode d'analyse

Chaque entretien a été enregistré, puis intégralement retranscrit. Le guide d'entrevue correspond à notre cadre thématique, et propose des balises pour l'analyse. Nous avons

utilisé le même pour tous les acteurs, ce qui nous a permis de comparer les données recueillies. L'analyse comparative amène à dépasser le stade exploratoire, car comme le rappelle Mucchielli (2007, p.19), « [...] l'esprit humain, pour comprendre le monde et pouvoir s'y situer fait des rapprochements et compare (premier processus). Il s'efforce aussi, dans le même temps, de trouver des points communs et des analogies ». « Comparer, c'est donc, dans une première approche, relever des différences et des points communs en fonction d'un critère qu'il convient de définir au préalable et qui oriente le regard du chercheur » (Vigour, 2005, p. 7). La première partie de l'analyse a été consacrée au codage descriptif des transcriptions, puis au découpage thématique, ou conceptuel, pour lequel nous avons fait appel aux thèmes contenus dans le guide d'entrevue. Nous avons d'abord procédé à une analyse de chacun des acteurs séparément, pour ensuite juxtaposer et comparer les différents découpages thématiques. Cette comparaison nous permet de faire ressortir les éléments de convergence et de divergence émanant du discours de chacun.

3.7. Les considérations éthiques

L'une des considérations éthiques concerne les entretiens avec les personnes UDI. Groupe cible des pratiques en site fixe, elles sont dites vulnérables et marginalisées, et nombre d'entre elles se trouvent en situation de rue ou de précarité. Pour ces raisons, ces répondants sont les seuls à avoir reçu une compensation financière (30.00 \$) pour leur contribution à la recherche. Une deuxième considération éthique touche l'anonymat de certains répondants. À aucun moment leur identité n'a été divulguée. Cela dit, comparativement aux personnes UDI, aux intervenants et à la DSP, les deux répondants représentant la direction constituent la totalité de cette population pour le site fixe étudié, faisant de leur anonymat un enjeu. Nous avons donc tenu compte de cet aspect dans la présentation des résultats, où nous nous référons à la direction, plutôt qu'aux répondants individuellement, mais les extraits sont identifiés par le chiffre correspondant à l'entrevue de laquelle ils proviennent, soit 01 ou 09. Sans affecter notre analyse, cela évite l'identification de ces répondants.

Les répondants représentant la DSP ont été recrutés par le biais de la personne collaboratrice. Ils œuvrent au niveau de la prévention des ITSS et du développement des stratégies de réduction des méfaits. Les répondants représentant la direction, tel que nous l'avons nommé, sont les seuls représentants actuels de ce groupe d'acteurs. J'ai contacté chacun d'eux individuellement. Les intervenants ont été choisis parmi un bassin de personnes répondant aux critères de sélection, et ont été identifiés par la personne collaboratrice. Bien que la situation ne se soit pas présentée, je m'étais tout de même réservé le droit de refuser un répondant, s'il ne correspondait pas aux critères. Pour ce qui est des personnes UDI, un répondant a été recruté par la personne collaboratrice, et trois ont été sélectionnés lors de ma présence au site fixe. Ces deux derniers groupes comportent un nombre équivalent d'hommes et de femmes parmi les répondants. Par contre, aucune information recueillie lors des entretiens, n'indique que le genre, n'influence le rôle et les relations dans le contexte des pratiques en site fixe d'échange de seringues. Une dernière considération : comme les répondants représentant les personnes UDI sont plus nombreux que les autres, nous avons attribué un prénom fictif à chacun, selon leur genre, afin de rendre plus fluide la lecture des résultats, tout en préservant leur anonymat. Ces prénoms sont : Jenny, Julie, Hugo et Michel. Passons maintenant à la présentation des résultats de la recherche

CHAPITRE IV

RÉSULTATS DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, nous transmettons les données recueillies lors des entretiens avec les répondants représentant les quatre groupes d'acteurs auxquels nous nous sommes intéressés. Les résultats sont structurés selon les quatre thèmes de notre guide d'entretien : la réduction des méfaits et les pratiques en site fixe, le rôle des acteurs, les relations entre eux et l'évaluation du système d'action.

4.1. La réduction des méfaits et les pratiques en site fixe

Ce 1^{er} thème englobe les perceptions des répondants en regard de l'approche privilégiée en site fixe et des pratiques développées. Nous exposons d'abord la manière dont les répondants décrivent la réduction des méfaits et les pratiques d'intervention en site fixe. Afin d'approfondir ce thème, nous relatons ensuite leur point de vue en regard de l'influence de l'organisation du travail et des politiques sur les pratiques d'intervention.

4.1.1. Selon les personnes UDI²¹ : la consommation sécuritaire

Tous les répondants conviennent que la réduction des méfaits propose une gestion plus sécuritaire de la consommation, sans viser l'abstinence. Pour trois d'entre eux, cela se traduit par le fait de prendre soin de soi et de ne pas se nuire : consommer sans prendre le risque de contracter une maladie, arrêter de voler ou d'exercer la prostitution, consommer moins et avoir un logement. Pour Jenny, cette approche appelle à la reconnaissance des droits et libertés des personnes UDI à faire leurs propres choix. Elle évoque l'importance de recevoir les informations pertinentes sur l'usage des drogues; les risques, mais aussi les bienfaits : « [...] c'est de se faire conseiller, de se faire dire

²¹ Rappelons que nous avons attribué un prénom fictif aux répondants représentant les personnes UDI (voir sect. 3.7).

les effets positifs et négatifs de la drogue. C'est de voir le noir et le blanc des effets de la drogue, sans dire à la personne de ne pas le faire ».

Lorsque nous les interrogeons sur les pratiques, deux des répondants d'abord nous disent qu'ils ne les connaissent pas suffisamment pour nous en parler. Puis, tous les décrivent en se référant à différents aspects du site fixe : la distribution de matériel et la prévention (Julie et Hugo), les références vers d'autres ressources (Michel) et la présence de l'infirmière et des intervenants (Julie, Jenny et Michel). Pour ces derniers, le rôle des intervenants est inhérent aux pratiques. Ils répondent aux questions des personnes UDI, développent avec elles une relation de confiance et les accueillent sans jugement : « ils me donnent des conseils, sans me dire quoi faire... j'aime ça parce que tu restes maître de tes choix » (Jenny). Julie termine en disant qu'il manque toutefois d'interventions ou d'activités de prévention et d'information : « En tout cas, l'intervention c'est pas quelque chose comme une manufacture, c'est une autre affaire. Mais il pourrait y avoir plus de place pour la prévention, en donnant les seringues. Ou dire, ce soir on passe un film sur comment se shooter ». Son discours rappelle cette tension entre une gestion axée sur l'efficacité des interventions à atteindre les résultats attendus, et un accompagnement visant le développement de capacités menant vers un changement des comportements dits à risques.

Pour trois des répondants, les pratiques n'ont pas changé. Hugo précise que seule la « technologie » entourant le matériel de prévention évolue, ce qui modifie les balises de l'usage de drogues par injection. Julie compare le site fixe à PLAISIIRS, où l'implication des personnes UDI est encouragée. Bien que ces deux programmes se trouvent dans le même organisme, les pratiques de PLAISIIRS n'auraient pas d'effet sur celles du site fixe, où le rôle des personnes UDI serait, à son avis, trop restreint. Certaines règles, comme la durée de présence de vingt minutes (sauf si les individus ont des démarches à réaliser), ne créeraient pas un contexte propice à l'intervention ou à la participation des personnes UDI. En revanche, pour Jenny les pratiques ont changé depuis le déménagement de CACTUS Montréal sur la rue Sanguinet²². Elle note des changements qui réfèrent aux formes d'organisation : l'organisme est maintenant ouvert le jour, il offre d'autres programmes en parallèle du site fixe, les locaux sont plus éclairés

²² CACTUS Montréal a été situé sur la rue St-Hubert de 1999 à 2007, pour ensuite emménager dans de nouveaux locaux sur la rue Sanguinet, où l'organisme se trouve encore aujourd'hui.

et de nouveaux intervenants ont pris le relais. Elle considère d'ailleurs que leur rôle a plus d'effets sur les pratiques que toute forme d'organisation : « Quand t'as des bons intervenants, peu importe les pressions qu'ils peuvent avoir, ils vont bien faire leur job ».

Sur le plan des politiques, deux des répondants font référence à des programmes dont la mise en place éventuelle aurait des impacts sur les pratiques en site fixe. Hugo aborde les machines distributrices de seringues, qu'il décrit comme un moyen de répondre à ses besoins au niveau du matériel. Mais il sait aussi que leur implantation soulève des questions au niveau de la relation entre les intervenants et les personnes qui fréquentent le site fixe. Quant à Julie, elle voit d'un bon œil l'arrivée des SIS, notamment car ils redéfiniraient les pratiques d'intervention en site fixe : « Ce serait le complément, tu donnes les seringues, pis tu fais l'intervention avec le monde qui font leur shoot à côté ». Pour ce qui est de Jenny, elle soulève plutôt l'accès au matériel. Elle remet en question la limite de 30 condoms, alors qu'il n'y en a pas pour les seringues, ainsi que la vente des tubes en pyrex à 1 \$, alors qu'ils sont gratuits dans d'autres sites fixes²³. Pour conclure la question des politiques, deux répondants mentionnent un dernier élément : le financement. Un gouvernement ayant une opinion défavorable à l'égard de la réduction des méfaits pourrait réduire les fonds accordés aux sites fixes, ce qui affecterait les pratiques, et les conditions de vie des personnes UDI.

4.1.2. Selon les intervenants : la réduction des risques

Pour ce groupe d'acteurs, la réduction des méfaits correspond principalement à la réduction des risques associés à l'usage de drogues par injection, pour les personnes UDI comme pour la société. Sans viser l'abstinence, cette approche promeut l'accès au matériel et la transmission d'informations, tout en laissant aux individus la liberté de faire des choix (07). Ces derniers sont placés au centre des interventions qui les concernent. Dans cette optique, les intervenants sont encouragés à les questionner sur leurs habitudes de consommation, afin d'adapter les messages de prévention aux réalités telles que vécues (07). L'un des répondants ajoute que la réduction des méfaits propose aussi de tenir compte des effets de la consommation sur les autres aspects de la vie, tels que « le sommeil, les études et le travail » (03).

²³ Les tubes en pyrex sont utilisés pour l'usage de crack.

À propos des pratiques d'intervention, l'un les décrit en termes de « bonnes » ou de « mauvaises ». Elles sont « bonnes » lorsque les intervenants acquièrent de nouvelles connaissances qui enrichissent leurs pratiques. Elles sont « mauvaises » lorsque les intervenants privilégient leurs besoins plutôt que ceux des personnes accompagnées, ou encore lorsque des valeurs ou des façons de faire ne sont pas cohérentes avec celles de l'organisme et de la réduction des méfaits : « [...] lorsqu'on dit oui et c'est tout... pour les règles, mais pas juste pour les règles, parce que beaucoup de monde vient ici pour qu'on approuve ce qu'ils font dans leur vie [...] parce que ça arrive aussi de prendre en victime les gens qui fréquentent le site fixe » (03). Selon ce répondant, les pratiques ne changent pas, seuls les intervenants changent. Pour l'autre, les pratiques correspondent à la distribution et la récupération de seringues, la prévention des ITSS et la transmission d'informations. À son avis, il importe d'adapter les pratiques aux besoins des personnes UDI : « [...] je peux dire à quelqu'un qu'il doit ramener ses seringues, mais lui il n'est pas rendu là, il est encore au stade qu'il ramasse des seringues à terre, donc c'est vraiment de s'adapter au stade où la personne est rendue » (07). L'accueil cordial, le fait de faciliter les échanges et l'ouverture des personnes UDI face à leur rôle sont vus comme des leviers à l'intervention. Selon ce répondant, les pratiques changent, dans la mesure où le matériel et les modalités de distribution évoluent, au rythme de l'apparition de nouvelles drogues, et de nouveaux risques.

Relativement aux formes d'organisation du travail, les répondants mentionnent que le manque de financement alloué aux ressources humaines nécessaires au fonctionnement du site fixe a des conséquences sur les pratiques. Cela générerait une fatigue chez les intervenants, et un roulement plus important (03). Aussi, jusqu'à récemment, il était impossible d'assurer le remplacement des intervenants lors de leurs réunions d'équipe, afin que tous puissent être présents. Tous ne participaient donc pas aux décisions, ce qui parfois créait des discordances dans leur application (07). De même, l'encadrement, lorsqu'il est insuffisant, aurait des effets négatifs, car les intervenants se retrouvent alors à gérer seuls les incertitudes, et s'ils ne partagent pas une vision commune, des incohérences peuvent émerger au sein des pratiques.

Pour ce qui est des politiques, seules les orientations de la DSP et de la direction influenceraient les pratiques, dans la mesure où elles ont un impact sur la nature des messages de prévention à transmettre, et sur le public visé. L'un ajoute que lorsque ces

orientations ne sont pas cohérentes avec celle des intervenants, cela peut se vivre comme une pression : « [...] si eux veulent qu'on donne beaucoup de seringues, pis que l'accueil n'est pas super important, ben quant à moi ils n'axent pas sur les bonnes choses. Ça dépend de ce qu'on veut comme résultats au final, parce qu'on a va avoir de la pression de pousser tel message de prévention » (07). Cela dit, les répondants conservent une marge de liberté quant aux modalités d'intervention. L'atteinte de résultats n'interfère pas non plus avec leurs pratiques, puisque le site fixe atteint les objectifs de la DSP relativement à la fréquentation et le matériel distribué.

4.1.3. Selon la direction : la réduction des risques et l'adaptation des stratégies

Tout comme les autres, les répondants représentant la direction soulignent que la réduction des méfaits vise à réduire les aspects négatifs de certains modes de consommation, autant pour les utilisateurs que pour la communauté dans laquelle ils vivent. Cette approche suggère d'adapter l'objectif, le rythme et l'intensité des interventions en fonction des individus ou de la communauté visés : « Si c'est une personne qui est devant moi et qui manifeste un inconfort, la pédale va être à son rythme. Si c'est plutôt face à un évènement qui touche un ensemble de personnes, là on peut arriver avec une proposition plus importante » (09). Bien que l'abstinence puisse faire partie des finalités possibles, l'objectif n'est pas d'enrayer la consommation de drogues, mais d'amener les individus à consommer de façon sécuritaire. Les répondants concluent en évoquant les principes de base de cette approche, soit le pragmatisme et l'humanisme : « Les intervenants sont là avec ces deux dimensions et les portent bien. On instrumentalise et en même temps on humanise, et ils le font très bien » (09).

En ce qui a trait aux pratiques en site fixe, elles ne se limitent pas à la distribution de matériel. L'éducation et la prévention des risques sont présentées comme des objectifs fondamentaux, et le rôle des intervenants est central dans l'atteinte de ceux-ci. L'échange de seringues est avant tout un moyen d'entrer en contact avec les personnes UDI, afin d'échanger avec elles sur leurs habitudes de consommation, pour ensuite leur transmettre des messages de prévention adaptés à leur réalité et de développer un accompagnement individualisé : « Il faut défocuser de l'instrumental. Il faut focuser sur

la prise de risque ou la prévention. Parce qu'ici les gens prennent ce qu'ils veulent, tout est disponible, on leur donne les seringues et les condoms, pis le reste c'est du self-served » (01). Ce libre-service du matériel apparaît comme une façon de reconnaître la capacité des individus à gérer leur usage de drogues. La direction souhaiterait expérimenter le libre-service de tout le matériel de prévention, mais ce désir d'expérimentation ne serait pas partagé : « [...] je sais aussi que le changement amène des résistances, un désir de protection. [...] c'est perçu comme un changement qui affecte leur rôle, leur utilité, alors que ce n'est pas ce qui est voulu [...] » (09).

Différents changements influenceraient les pratiques, entre autres la participation des personnes UDI, devenue l'une des priorités de la DSP (voir sect. 1.4). La direction souscrit à cette orientation : « À CACTUS depuis toujours on a eu des pairs » (01), et « C'était clair pour nous qu'il y avait quelque chose de porteur dans leur implication, autant pour les personnes rejointes par les pairs, que les pairs eux-mêmes, que pour les organismes » (09). Comme autre changement²⁴, ce dernier répondant souligne la présence régulière d'une infirmière au site fixe²⁵, qui travaillerait conjointement avec les intervenants : « Le continuum que l'on essaie de développer c'est surtout en terme de dépistage, traitement, suivi, soutien, accompagnement. Il y a le pré, le travail de préparation au dépistage et le traitement avec accompagnement ». Ce travail conjoint d'intégration des soins de santé et des interventions sociales requiert de « travailler sur les responsabilités de chacun » (09) en fonction des objectifs d'intervention.

Concernant les formes d'organisation, nous relevons deux éléments. L'absence d'une coordination au site fixe, qui créerait un manque sur le plan du soutien aux praticiens²⁶. Et la possibilité pour tous les intervenants de participer à leur réunion d'équipe. Cet espace de dialogue serait la « pierre angulaire » de leurs pratiques : « C'est là où tout converge, où les gens vont développer une compréhension commune du travail qu'ils font, des attitudes, des balises qu'ils vont porter collectivement. C'est là que se met en place la confiance entre collègues [...] » (09). Au sujet des politiques influençant les pratiques, la direction mentionne que l'organisme est communautaire et autonome. En

²⁴ Les répondants ont nommé d'autres changements, tels que l'apport de l'approche motivationnelle, l'augmentation de problématiques en santé mentale et de violence, et la mauvaise qualité des drogues, mais nous n'avons retenu que ceux relatifs à la notion de place, telle que nous l'avons présentée.

²⁵ Cette présence est de 25 heures/semaine, « mais une fois par mois elle sort avec les Messagers, et elle travaille aussi avec ASTTEQ » (Action Santé Travesti(e)s & Transsexuel(le)s du Québec).

²⁶ Notons que cette information est rattachée à la période durant laquelle nous avons tenu les entretiens, soit de la mi-juin à la mi-octobre 2013. Le statut de la coordination au site fixe a probablement changé depuis.

même temps, il « est tributaire d'un bailleur de fonds qui met de l'avant des objectifs qui viennent nous toucher » (09). Lorsque les priorités de la DSP diffèrent de celles de l'organisme, la direction se retrouve dans une position d'entre-deux, à négocier pour « [...] garder l'équilibre entre notre approche globale et les besoins spécifiques. Ce qu'on oublie parfois c'est notre action globale » (09). Il est donc envisageable que les pratiques se développent en tension entre les interventions ciblées et l'approche « globale et généraliste » de l'organisme²⁷.

4.1.4. Selon la DSP²⁸ : la prévention des ITSS et l'intégration de la santé au social

Pour les répondants représentant la DSP, l'objectif de la réduction des méfaits n'est ni l'abstinence, ni l'arrêt de la consommation, mais la prévention des ITSS, surtout le VIH et le VHC, et depuis plus récemment, des surdoses. Elle vise à « [...] minimiser les aspects négatifs, tout en maximisant les aspects positifs d'une bonne pratique, mais ça on l'oublie. On a tendance à voir la réduction des méfaits dans la négative, mais c'est à tort, parce qu'elle est aussi à la positive ». Les pratiques en site fixe s'articulent prioritairement autour de la distribution de matériel. Et si avant « les interventions étaient plus sociales », maintenant il y a une meilleure intégration de la santé avec le social : « parce que ce que l'on veut, c'est que plus d'UDI soient traitées, qu'elles s'inscrivent dans une démarche de santé, que ce soit en lien avec le VIH et l'hépatite C, qu'elles entrent dans le système de santé ». Cela dit, l'intégration de l'éducation dans les pratiques pourrait être encore plus importante : « Le rôle des intervenants est de distribuer le matériel, mais aussi de faire de l'éducation en lien avec la santé et l'utilisation du matériel ». Or, cela ne serait pas systématique : « Il s'agit surtout de maintenir le lien de confiance, et l'intervention en lien avec la santé vient ensuite ».

La DSP encadre la mise en œuvre des mesures relatives à la prévention des ITSS et s'assure que les programmes répondent aux besoins des individus. Pour ce faire, elle transmet aux sites fixes des outils de monitoring visant à documenter l'usage des

²⁷ Collectif Quartier [en ligne]. 15 septembre 2013. « Prévenir autrement : CACTUS Montréal plus qu'un centre d'échange de seringues »

²⁸ Nous avons rencontré deux répondants représentant la DSP, mais un seul et même entretien a été réalisé (08) et pour chacune des questions les réponses ont été communes. Pour ces raisons, nous ne distinguons pas les répondants dans la présentation des résultats.

drogues, afin d'adapter les pratiques en concordance. « Certains organismes n'aiment qu'on leur demande de faire du monitoring, mais en même temps cela nous sert... cela peut nous permettre de revoir certaines priorités, ou de voir comment on peut rejoindre plus ou différemment. » Les politiques d'accès au matériel influencent également les pratiques. Révisées en regard de leur propension à prévenir la propagation du VIH, elles sont ensuite mises en commun, afin d'éviter qu'il y ait « [...] tout de sortes de pratiques qui se développent pas seulement en fonction de chaque groupe, mais aussi en fonction de chaque intervenant et comment il voit ça ». Pour la DSP, il importe que tous partagent une même vision, et que soient mises de l'avant les meilleures pratiques.

4.1.5. Conclusion

Cette section nous a permis de mieux comprendre le point de vue des acteurs au sujet de la réduction des méfaits et des pratiques en site fixe. Tous conviennent que la réduction des méfaits propose de réduire les risques associés à l'usage de drogues en favorisant des habitudes de consommation sécuritaires, sans toutefois viser l'abstinence. En ce sens, cette approche prône la transmission d'informations tant au sujet des effets négatifs que positifs des drogues, tout en reconnaissant la liberté des consommateurs de faire leurs propres choix. La réduction des méfaits cherche également à minimiser les aspects négatifs, tout en maximisant les aspects positifs « d'une bonne pratique ». Dans cette optique, l'objectif, le rythme et l'intensité des interventions varient selon les individus ou les communauté visés.

Concernant les pratiques, pour les personnes UDI, elles sont intrinsèquement liées aux intervenants, qui les accueillent sans jugement et avec qui elles construisent un lien de confiance. De même pour les intervenants, l'accueil cordial, ainsi que l'ouverture des personnes UDI sont vus comme des leviers à l'intervention. Les points de vue de ces groupes d'acteurs se rejoignent lorsqu'ils décrivent les pratiques en termes de distribution de matériel et de prévention. La DSP également associe les pratiques à la distribution de matériel et à l'éducation, mais elle souhaite favoriser davantage l'intégration de la santé au social. Pour ce qui est de la direction, le matériel est vu tel un moyen d'entrer en contact avec ces dernières, et de développer un accompagnement

individualisé. Ce groupe d'acteurs a envie d'expérimenter de nouvelles pratiques, où par exemple les intervenants n'assureraient plus la distribution d'aucun matériel.

4.2. Le rôle des acteurs

Ce 2^e thème s'intéresse à la manière dont les différents répondants définissent leur rôle au sein des pratiques en site fixe. Nous nous penchons sur les représentations des répondants relativement à leur propre rôle, aux facteurs qui le facilitent et le limitent, ainsi qu'au rôle des autres acteurs.

4.2.1. Les personnes UDI : fréquenter le site fixe

Tous les répondants envisagent leur rôle essentiellement autour de la fonction d'utilisateurs des centres d'accès au matériel. Deux répondants mentionnent que les personnes UDI ont aussi la responsabilité de respecter l'organisme et ses environs : faire le ménage, ne pas utiliser l'espace comme lieu d'injection. D'après ces mêmes répondants, leur rôle a changé, mais pas au site fixe. Ils évoquent PLAISIIRS et *L'Injecteur*²⁹, où ils se sont impliqués lorsqu'ils ont pris du recul sur leur consommation. Julie précise que ce changement dans leur rôle est attribuable à la DSP, qui depuis quelques années, met de l'avant leur participation. Celle-ci ne s'articule pas autour de l'intervention, mais autour de la distribution de matériel et de la prévention. Hugo ajoute qu'il a également un rôle de transmission d'informations au site fixe, lorsqu'il informe les intervenants des changements dans la rue, et transmet aux autres les messages de prévention. Pour Michel et Jenny, qui ne fréquentent aucun autre programme que le site fixe, leur rôle n'a pas changé : « [...] je viens chercher des neuves pis je ramène des vieilles, c'est pas mal ça [...] je viens chercher mes affaires tous les deux jours, c'est pas mal ça » (Michel). La durée de leur présence peut varier, au rythme de leur relation avec les intervenants, mais autrement ils ne perçoivent pas de changement dans leur rôle.

²⁹ *L'injecteur* est un journal par et pour les personnes UDII, dans une perspective de réduction des méfaits, de prévention des ITSS et de défense des droits (Site Internet de *L'Injecteur*).

Ils sont unanimes pour dire que l'accueil des intervenants, décrit comme étant cordial et sans jugement, facilite leur rôle. Un accueil empreint de préjugés, ou encore des interventions au sein desquelles les intervenants expriment une réticence, une peur ou une tristesse à distribuer le matériel, rendrait les individus plus méfiants et hésitants à fréquenter le site fixe. Quant à ce qui limite leur rôle, le discours des répondants s'articule surtout autour du rapport à la consommation, et des impacts négatifs qu'un abus ou une diminution de celle-ci auraient sur leur relation avec les intervenants. Seul l'un des répondants n'entrevoit aucune limite à son rôle, simplement car il ne voit pas de difficulté dans la fonction d'aller chercher des seringues et de ramener « les vieilles ».

4.2.1.1. Les personnes UDI selon les intervenants : fréquenter le site fixe et transmettre les informations

Les répondants s'entendent pour dire que la principale fonction des personnes UDI est de fréquenter le site fixe : « Sans les personnes UDI, le site fixe n'aurait aucune raison d'exister » (07). Ils conviennent qu'elles ont également le rôle d'informer les intervenants des réalités changeantes de la rue. Elles permettent à ces derniers de se tenir à jour et d'adapter leurs interventions : « [...] d'une façon plus ou moins consciente, elles nous aident à nous améliorer » (03). Elles ne seraient pas impliquées au sein des pratiques, et aucun des répondants n'émet l'idée d'une participation de leur part, outre la transmission d'informations de la rue aux intervenants, et de messages de prévention, de ces derniers à la rue. Le rôle qui leur est reconnu semble avant tout servir les préoccupations sociosanitaires, dans un objectif de promotion de la protection de la santé publique. L'un des répondants ajoute que le rôle est propre à chaque personne, et dépend du désir de s'impliquer. Néanmoins, il reconnaît les impacts de projets comme *L'Injecteur* et PLAISIIRS sur l'épanouissement des personnes UDI :

Oui je pense que ça apporte vraiment de quoi de positif, dans l'optique d'*empowerment* c'est vraiment génial, ça leur donne confiance. Pis c'est cool aussi pour le monde qui utilise ces services-là, par exemple les Messagers, de voir que quelqu'un qui était à leur place est capable de faire de quoi, ou de redonner, pis cette notion-là c'est vraiment quelque chose qui revient vraiment souvent chez le monde qui utilise les services. (07)³⁰

³⁰ Les Messagers est le nom donné à l'une des activités émanant de PLAISIIRS. Les participants font « [...] des rondes au cours desquelles ils peuvent distribuer et récupérer du matériel d'injection auprès de leurs pairs, ainsi que briser

4.2.1.2. Les personnes UDI selon la direction : être impliquées

Tel qu'énoncé précédemment (voir art. 4.1.3), les répondants confirment que la participation des personnes UDI dans les stratégies de réduction des méfaits est davantage encouragée par la DSP. Elles sont représentées dans différents comités de travail³¹, et la DSP interpelle l'ADDICQ pour développer des outils d'information sur l'injection : « Ils auraient pu le faire seuls, mais ils ont voulu aller chercher l'expertise terrain » (01). Cela dit, il importe que les individus aient aussi accès aux résultats de ces consultations : « En fait, plus les gens sont impliqués dans des processus, plus ils ont besoin de le voir, et s'il ne le voit pas, ça devient un irritant. En fait de voir le résultat, c'est une source de motivation au niveau de l'engagement » (01).

Selon la direction, les personnes qui fréquentent le site fixe « ont une capacité, le savoir expérientiel, qui peut venir influencer les pratiques d'intervention, et ça il faut être à l'écoute de ce qu'elles ont à dire. Si on veut que ce soit toujours elles qui soient au centre, ben il faut leur offrir de l'espace, pis il faut offrir des conditions gagnantes » (01). Leur rôle dépendrait de différents aspects, dont la relation avec les autres acteurs : « [...] comme si des fois ils s'obligent à faire des choses pour nous satisfaire ou pour qu'on soit content, et ça je trouve qu'il faut réfléchir à ce qu'on peut induire comme attente, qui fait qu'on leur donne un rôle qu'ils ne devraient pas avoir » (09). Dans la définition du rôle des personnes UDI, outre la relation, une part appartiendrait à l'individu, et une part à l'environnement : « Ça dépend de la place qui leur est proposée par les autres acteurs. Il y a une partie qui est intrinsèque à la personne UDI et il y a une partie qui est extrinsèque à l'individu, qui dépend de l'environnement » (01). Pour ces répondants, le rôle des personnes UDI varie selon les relations et la place qu'elles occupent dans le système des pratiques en site fixe.

l'isolement des consommateurs de rue. [...]. Cette activité, entamée à l'été 2005, a été interrompue à la fin de l'automne 2006, et reprise à l'été 2007 » (Site Internet de CACTUS Montréal).

³¹ « Comme par exemple le comité pour la mise en place des SIS, des comités de travail (nursing et psychosocial) pour développer les protocoles, et dans le groupe psychosocial, ils ont intégré les consommateurs pour savoir comment ils veulent que ça se passe » (01).

4.2.1.3. Les personnes UDI selon la DSP : diffuser les informations et être impliquées

Comme nous le savons, la DSP vise à accroître la participation des personnes UDI au sein de la réduction des méfaits. Dans cette perspective, elle soutient et finance des projets tels que l'AQPSUD³², l'ADDICQ³³ et *L'Injecteur*. Dans les sites fixes plus précisément, les personnes UDI auraient deux principaux rôles. Le 1^{er} consiste à diffuser dans la rue les messages que leur transmettent les intervenants, qu'eux-mêmes reçoivent de la DSP, à travers la direction. Ces messages concernent la prévention, les services offerts, et les meilleures pratiques de réduction des méfaits. Le 2^e rôle, à participer au renouvellement des pratiques d'intervention :

D'une part, dans la littérature c'est très clair que l'efficacité des interventions en réduction des méfaits est de très loin augmentée quand les UDI sont impliqués dans les actions, et d'autre part, nous voulons que les UDI soient impliqués dans les services, afin qu'ils influencent les intervenants dans les pratiques.

Les répondants mentionnent que ce rôle attendu des personnes UDI dépend en grande partie des intervenants, acteurs situés en 1^{re} ligne des pratiques en site fixe.

4.2.2. Les intervenants : être à la 1^{re} ligne, distribuer le matériel et prévenir les risques

Les répondants représentant les intervenants se décrivent comme les acteurs en 1^{re} ligne. Ils distribuent le matériel stérile et transmettent les messages de prévention en lien avec les ITSS et les comportements dits à risques. Ils accueillent, accompagnent et dirigent les personnes UDI vers d'autres organisations, tout en réalisant les interventions en réduction des méfaits. L'un des répondants précise que la distribution de matériel représente un moyen d'entrer en relation avec les personnes UDI, pour ensuite leur transmettre les messages de prévention adaptés à leurs réalités : « Ce qu'on fait, le

³² L'AQPSUD (Association Québécoise pour la Promotion de la Santé des personnes Utilisatrices de drogues) est un organisme provincial, « [...] qui regroupe des personnes utilisatrices de drogues qui aspirent à faire la promotion de la santé, la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang et l'amélioration de leurs conditions de vie ». L'AQPSUD assure la gestion de *L'Injecteur* et de l'ADDICQ (Site Internet de l'AQPSUD).

³³ L'ADDICQ (Association pour la Défense des Droits et l'Inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec) lutte pour que les voix des personnes UDI soient entendues, et ce afin d'améliorer leurs conditions de vie. Cette association dénonce la répression policière, revendique l'accès aux soins de santé et réclame l'inclusion des personnes UDI au sein des processus de décision qui les concernent (Site Internet de l'ADDICQ).

premier niveau au moins, c'est de fournir le matériel, et après ce qui vient avec, s'il y a une porte ouverte, bon ben comment l'utiliser de façon sécuritaire » (03).

Leur rôle est le même, soit lié à la distribution de matériel et à la prévention. Les messages changent et les manières de faire se développent, au rythme des réalités changeantes, mais leurs fonctions restent les mêmes. Leur rôle a tout de même changé, mais en regard de l'évolution professionnelle de chacun des répondants. Soit, passer d'un statut à un autre (d'intervenant sur appel à régulier), ce qui amène à avoir plus de responsabilités (07), ou parfaire ses connaissances pour améliorer ses façons de faire (03). Ce répondant complète en nous disant que son rôle est teinté par celui de ses collègues, et les limites éthiques de chacun dans leur relation avec les personnes UDI. Au cours des dernières années, les manières de faire des intervenants se seraient améliorées, car les balises de cette relation sont devenues plus claires.

Les échanges réguliers entre les intervenants apparaissent comme l'un des aspects qui facilitent leur rôle. Ils favorisent les prises de décisions communes et le partage des responsabilités. La supervision clinique est désignée comme un élément qui soutient leur rôle, permettant aux intervenants de valider certains choix d'actions et d'acquiescer de l'assurance (07). La formation, l'expérience et la connaissance de soi facilitent également leur rôle; un manque au niveau de l'un de ces aspects représenterait une limite (03). Autre élément qui restreint l'exercice du rôle des répondants : le manque de ressources humaines. Considérant la fréquentation élevée du site fixe, le nombre d'intervenants présents serait insuffisant. Ils auraient peu de temps pour intervenir. Aussi, ils auraient peu de possibilités de se faire remplacer s'ils désirent assister à une formation. Une dernière limite signalée par l'un des répondants est le cadre entourant le site fixe (07), plus spécifiquement la durée de présence (20 minutes) permise aux personnes UDI. Ce délai limiterait la possibilité de développer un accompagnement.

4.2.2.1. Les intervenants selon les personnes UDI : favoriser la consommation sécuritaire

Globalement, les intervenants ont le rôle d'encourager les personnes UDI à développer des habitudes de consommation sécuritaires. Outre cela, les représentations des

personnes UDI varient selon la relation que chacune entretient avec le site fixe et les intervenants. Pour Jenny et Michel, le 1^{er} rôle des intervenants est de les accueillir et de leur donner envie d'aller échanger leur matériel : « [...] il faut qu'ils donnent aux autres, du monde comme moi, le goût de venir faire des échanges, parce que si on n'est pas ben on ne fera pas ça... je m'en fou je vais aller à la pharmacie et je vais payer 1 \$ » (Michel). À leur avis, ce qui distingue les sites fixes des pharmacies ou des CSSS, c'est justement l'accueil cordial et sans jugement : « Ici tu peux parler avec eux, ils comprennent ce que tu vis, tandis à la pharmacie ils s'en foutent complètement, ils veulent juste, tsé prend ça pis va-t'en » (Jenny). Michel poursuit : « Je suis allé chercher des seringues au CLSC à un moment donné, pis j'avais l'air de les déranger [...] Si tu les rabaisses, déjà ce monde-là se sent rabaissé parce que quand tu consommes y a tout le temps des conséquences, ben là ça aide pas du tout [...] ».

Les intervenants ont un rôle qui exigerait beaucoup de patience, car ils sont responsables de la gestion des situations de crise. Hugo d'ailleurs compare les intervenants à « des coussins émotifs », puisqu'ils doivent composer avec l'état d'esprit des individus tels qu'ils se présentent au site fixe : « Faque c'est pas toujours évident, l'esprit dans lequel les utilisateurs vont arriver ici. Donc, ils prennent le pouls des gens, c'est des coussins émotifs, pis c'est pas toujours facile [...] ». Pour ce qui est de Julie, bien qu'elle situe la distribution de matériel comme la fonction première des intervenants, elle pense que leur rôle devrait plutôt consister à encourager la participation des personnes UDI au sein des pratiques en site fixe. Toutefois, ceux-ci percevraient la participation des personnes UDI comme une perte pour leur propre place : « Les intervenants, c'est sûr qu'eux autres ils protègent leur place. [...] Je te dis pas que ça fait la même affaire, on n'a pas les mêmes connaissances que les intervenants, mais c'est sûr que comme on vient du milieu on en connaît aussi » (Julie). Cette répondante envisage le site fixe comme un espace pouvant favoriser le transfert de connaissances, et l'émergence de la parole des personnes UDI. Mais cela ne serait pas possible si les intervenants ne manifestent pas cette intention : « Si y m'ouvrent une porte, je vais mettre le pied dedans. Si y m'ouvrent pas la porte, c'est sûr que je peux pas, la porte est pas ouverte ».

4.2.2.2. Les intervenants selon la direction : incarner les pratiques, s'adapter aux réalités et transmettre les informations

Les répondants représentant la direction désignent les intervenants comme étant ceux qui incarnent les pratiques d'intervention : « [...] c'est eux qui interviennent directement, c'est eux qui voient les changements au niveau des pratiques de consommation, comment maximiser l'impact des messages de prévention ou de l'intervention » (01). Ils sont acteurs des pratiques d'intervention, tout en étant témoins privilégiés des réalités changeantes, auxquelles ils doivent constamment s'adapter, afin de continuer à jouer leur rôle. Pour soutenir les efforts d'adaptation des intervenants, des formations « collées sur le terrain » sont offertes par la DSP, « mais encore faut-il que les intervenants en profitent. Certains en mangent des formations, alors que pour d'autres c'est moins simple » (01). Ensuite, en rapport avec leur rôle de témoin, il est également attendu des intervenants qu'ils transmettent les informations qui proviennent de la rue à la direction, afin que celle-ci puisse les acheminer à la DSP.

De plus, considérant leur relation avec les personnes UDI, les intervenants sont perçus comme étant ceux qui peuvent faire émerger chez ces dernières le désir de participer au sein des pratiques en site fixe, et avant tout, de prendre soin de soi :

Cette subtilité va être mise en scène par les intervenants, à savoir comment faire surgir chez la personne ce désir de prendre soin d'elle, car ce désir n'est pas toujours présent d'emblée, ou les besoins et difficultés ne sont pas toujours nommés, de là le doigté de l'intervenant, de créer pas juste le lien, mais aussi l'étincelle [...]. (09)

La direction témoigne donc de l'importance du rôle des intervenants dans l'actualisation des pratiques, tant sur le plan de la prévention des ITSS et des risques liés à certains usages de drogues, que du développement de la place des personnes UDI.

4.2.2.3. Les intervenants selon la DSP : transmettre les informations et s'appropriier les pratiques préconisées

Sur différents aspects, la DSP rejoint la direction lorsqu'elle décrit le rôle des intervenants. Les répondants conviennent que ceux-ci ont le rôle d'informer la DSP, à travers la direction, des changements dont ils sont témoins concernant les réalités de la

rue et l'utilisation du matériel de prévention. Outre cela, de par leur position sur le terrain, il est attendu qu'ils s'approprient les stratégies d'intervention mises de l'avant, afin qu'ils puissent les mettre en pratique. Ils ont le rôle de faire la promotion des messages de prévention, des services offerts, et des meilleures pratiques développées. Pour finir, les intervenants « ont un rôle à jouer dans le fait d'intégrer, dans une perspective d'*empowerment*, les UDI dans les équipes ». Cependant, à travers le processus visant à encourager l'implication des personnes UDI au sein des programmes en réduction des méfaits, la DSP a quelquefois été confrontée à une résistance de la part des intervenants : « [...] et parfois c'était difficile, car les personnes UDI étaient mal perçues dans les équipes, on ne leur donnait pas leur plein pouvoir ». Pour pallier cette difficulté, la DSP souligne qu'elle travaille « à revaloriser le rôle des intervenants », afin de favoriser la participation des personnes UDI.

4.2.3. La direction : établir les priorités d'action

La direction détient un rôle sur le plan décisionnel. Elle établit les priorités d'actions selon les orientations de la DSP, tout en s'assurant que l'organisme dispose des ressources et des capacités nécessaires pour les actualiser, et qu'elles sont cohérentes avec sa mission : « Mon rôle est de voir aussi à ce que je sois un gardien de l'approche qui est mise en place par CACTUS, l'approche de réduction des méfaits, l'approche bas seuil, l'approche également de laisser une place aux personnes aussi » (09). Tout en manœuvrant au travers des pressions externes et internes, « [...] elle a un rôle de chef d'orchestre pour l'ensemble des services et des pratiques d'intervention à CACTUS Montréal » (01). Elle veille à ce que les actions mises en place soient bénéfiques pour l'organisme, et à ce qu'elles fassent sens pour tous les acteurs.

La direction est le 1^{er} contact avec « l'extérieur ». Elle assure une présence au sein des comités de travail mis en place par la DSP, où elle représente l'organisme. Ces comités regroupent des acteurs de différentes organisations, ce qui lui « permet d'avoir un point de vue global » (01) sur le renouvellement des pratiques, et donc sur la direction à prendre au sujet des pratiques de CACTUS Montréal. En outre, si la DSP sollicite la présence de « consommateurs actifs » lors de ces comités, alors la direction les

accompagne : « [...] donc moi j'ai un rôle d'accompagnateur des consommateurs actifs, parce que c'est moi qui vais dans ces comités et j'y vais avec des consommateurs. Ça c'est un rôle que j'avais pas avant » (01). C'est justement autour de cet aspect que son rôle a le plus changé au cours des dernières années (voir sect. 1.4).

Ensuite, la direction ramène aux intervenants les informations reçues; elle sert de courroie de transmission entre la DSP et les intervenants, et inversement. Cela dit, la direction nous rappelle qu'il importe que ces derniers lui fassent part des changements de réalités sur la rue et au site fixe. Ces informations recueillies aussi lors des présences de la direction au site d'échange, sont une ressource précieuse : « [...] plus je vais être imprégnée de la réalité terrain, mieux je trouve que je suis capable de jouer mon rôle, parce que je vais être au courant des enjeux, des conséquences, et aussi de mes décisions » (09). Toutefois, la transmission d'informations jusqu'à la direction varie selon la relation entre celle-ci et les intervenants. La « confiance mutuelle » (09) apparaît comme un facteur important. De plus, celle-ci influence le rôle, car elle favorise chez les acteurs l'émergence de la volonté d'unir leurs forces autour d'un objectif commun. Cette confiance représente une condition nécessaire à l'expérimentation de nouvelles manières de faire, desquelles peuvent émerger de meilleures pratiques.

4.2.3.1. La direction selon les personnes UDI : veiller au fonctionnement de l'organisme

De manière générale, les répondants représentant les personnes UDI mentionnent que la direction veille au fonctionnement de l'organisme et du site fixe. Selon Hugo, « Elle va répondre aux exigences de la santé publique. Y vont mettre en œuvre les plans d'action pour la réduction des méfaits, pour faciliter l'accès aux usagers ». Julie ajoute qu'il importe qu'à travers ses actions la direction veille à ce que CACTUS Montréal ne s'éloigne pas de son statut d'organisme communautaire, en favorisant la participation des personnes UDI au sein d'espaces de représentation tels que le conseil d'administration et l'assemblée générale annuelle. Pour Michel le rôle de la direction semble moins clair, car il ne la côtoie pas, sauf lorsqu'elle est présente au site fixe. Dans ce contexte, la direction « s'assure que le monde soit bien accueilli, pour que le monde vienne faire de l'échange de seringues. Son rôle... ben s'il y a des plaintes, elle répond aux plaintes ». En lien avec l'accueil, dit idéal lorsqu'il est cordial et sans jugement (voir

art. 4.2.1), Jenny attribue à la direction la responsabilité d'engager des intervenants qui ne véhiculent pas de préjugés.

4.2.3.2. La direction selon les intervenants : veiller au fonctionnement de l'organisme

Selon les répondants représentant les intervenants, la direction aurait globalement le rôle de maintenir l'organisme fonctionnel (03). Elle transmet les orientations de la DSP aux intervenants et prend des décisions concernant les pratiques en site fixe (07). Pour ce faire, ce répondant pense que la direction devrait se rapprocher du terrain, ou du moins « prendre le pouls un peu plus », afin d'éviter les écarts entre les décisions et les réalités telles que vécues par les praticiens.

4.2.3.3. La direction selon la DSP : favoriser l'appropriation des pratiques préconisées

D'après les répondants représentant la DSP, « il n'y a pas une façon de voir le rôle des directions. Il y a des directions au sein de groupes où le site fixe est central, et il y en a d'autres où le site fixe est un service parmi d'autres, donc leur rôle ne sera pas le même ». Ainsi, la DSP commente davantage sur les coordinations des sites fixes qui, avec les personnes UDI, « forment le groupe GPCP, où on parle des pratiques d'intervention »³⁴. De par leur présence sur ce comité, les coordinations « ont un rôle important au niveau des changements de pratiques ». Elles s'approprient le contenu, le transmettent aux intervenants et mettent en place les moyens nécessaires, afin que ces derniers adaptent leurs pratiques conformément aux orientations privilégiées. Par le fait même, les coordonnateurs contribuent « à favoriser la place des UDI dans leurs équipes de travail, car ils se sont approprié ce qui se passait dans les rencontres du GPCP », où sont entre autres discutées les modalités autour de la participation des individus.

³⁴ GPCP : Groupe sur les pratiques communautaires en prévention des ITSS.

4.2.4. La DSP : protéger la santé publique, et orienter, soutenir et financer les pratiques

En lien avec les pratiques en site fixe, la DSP détient un triple rôle, soit de vigie, d'orientation/soutien et de bailleur de fonds. Le rôle de vigie, de protecteur de la santé publique lui confère la responsabilité de surveiller la situation épidémiologique des ITSS et de planifier les programmes régionaux. Les sites fixes s'inscrivent dans un ensemble de stratégies émanant de la réduction des méfaits, et il revient à la DSP d'articuler et d'harmoniser la totalité des programmes. En ce sens, elle a un rôle d'orientation et de soutien qui va du renouvellement du matériel de prévention, au renforcement des pratiques d'accès au matériel, jusqu'à l'élaboration de formations pour les intervenants. Ce rôle serait plus important qu'avant, car la DSP documente davantage l'évolution des ITSS et le contexte l'entourant, ce qui lui permet de rediriger les pratiques d'intervention selon les données de recherche. Celles-ci permettent d'ailleurs à la DSP d'avoir une vision globale des pratiques, ce qui facilite son rôle :

Dans le fond notre position elle est facilitante, car on a une vision régionale, et on est les seuls à avoir cette vision régionale, et on essaie de partager beaucoup. En fait un de nos objectifs, c'est de faire en sorte que nos partenaires qui ont un site fixe d'échange de seringues partagent la même vision que nous, pour qu'on arrive à des objectifs communs.

Cependant, les organismes ne verraient pas toujours du même œil le développement des pratiques, ce qui ralentirait l'appropriation de celles-ci : « Des fois on bouscule, parce qu'on voit des choses, et des fois c'est bousculant pour nos partenaires, parce qu'ils ne voient pas nécessairement les choses de la même façon [...] Donc ce qui limite, c'est de faire toute la démarche d'appropriation, ça, ça demande du temps ». L'intensité du renouvellement des pratiques serait proportionnelle au rythme avec lequel les acteurs se les approprient. Autant il peut y avoir une lenteur de la part de la DSP qui avant de passer à l'action doit documenter les réalités avec des données probantes, autant il peut y avoir une lenteur des organismes à s'ajuster aux changements.

En outre, la DSP fait office de bailleur de fonds de plusieurs sites fixes d'échange de seringues à Montréal (voir sect.1.4). Cela l'amène à négocier des ententes de services avec les organismes, mais aussi à prendre la décision d'implanter des services ou encore de les modifier s'ils ne répondent pas aux orientations visées : « On est conscient qu'on est bailleur de fonds, mais aussi soutien. On essaie de ne pas trop

mêler les chapeaux, mais des fois ça aide qu'on soit bailleur de fonds parce que ça nous aide à soutenir des actions qu'on trouve prioritaires et qui nous sont ramenées ». Pour la DSP, son rôle de bailleur de fonds est perçu comme une limite, autant qu'un facilitateur. D'un côté, cela l'oblige à encadrer la mise en œuvre des mesures et à monitorer les résultats, de l'autre, cela lui permet d'être à l'affût des projets mis de l'avant par les organismes, et de les appuyer.

4.2.4.1. La DSP selon les personnes UDI : orienter et financer les pratiques, et fournir le matériel

Les répondants représentant les personnes UDI connaissent peu ou pas la DSP, et son rôle semble plus abstrait et plus difficile à définir. Michel dit ne pas connaître ce groupe d'acteurs, et ne peut rien nous dire à son sujet. Jenny sait que la DSP attribue à l'organisme le financement nécessaire à son fonctionnement et fournit les seringues au site fixe : « Ils essaient d'éviter les ITSS en donnant des seringues, c'est la DSP qui paie les seringues, parce que ça coûte cher pareil, ça coûte 1 \$ à la pharmacie ». Pour Hugo, « La santé publique rend accessible aux utilisateurs d'avoir des meilleurs services ». Quant à Julie, elle rappelle que la DSP encourage la participation des personnes UDI au sein des pratiques d'intervention. Comme elle oriente et finance les pratiques en site fixe, elle peut décider d'allouer des fonds à la participation des pairs.

4.2.4.2. La DSP selon les intervenants : orienter et financer les pratiques, et fournir le matériel

Selon les répondants représentant les intervenants, la DSP a le rôle de décideur et de bailleur de fonds : « La DSP, de ce que j'en sais c'est eux qui prennent les décisions au final. Les décisions en lien avec l'argent... s'ils nous appuient ou pas, ça va... ben ça va influencer sur le budget et l'argent qui nous est accordé » (07). La DSP fournit également le matériel de prévention distribué par le site fixe, tout en orientant les messages de prévention, de même que les pratiques d'intervention, selon les données de recherches : « Je sais qu'ils orientent aussi la recherche en santé. Selon ce qui se

« passe, ça va influencer beaucoup sur les messages de prévention » (07). Pour ces répondants, les pratiques sont donc affectées à différents niveaux par le rôle de la DSP.

4.2.4.3. La DSP selon la direction : orienter, soutenir et financer les pratiques

Pour les répondants représentant la direction, la DSP a le rôle de tracer les orientations des programmes en réduction des méfaits. Celles-ci sont transmises aux organismes à travers le Cadre de référence, sur lequel se calque la direction pour élaborer son plan d'action. De plus, elle tient le double rôle de bailleur de fonds et de soutien, ce qui l'amène à influencer les pratiques de différentes façons, entre autres en priorisant le financement de certaines stratégies d'intervention plutôt que d'autres : « Au niveau de l'intervention, la DSP dirige. C'est sûr qu'au niveau de l'intervention, dépendamment des ressources qui nous sont octroyées, ça va avoir un impact sur les pratiques d'intervention » (01). Pour établir ses priorités, la DSP s'appuie sur des recherches, et sur un « système de monitoring » permettant de recueillir des données sur les personnes rejointes et les interventions effectuées.

Pour terminer, la direction nous rappelle que pour soutenir les pratiques préconisées, la DSP offre aux organismes des formations et des espaces de dialogue, tels que le GPCP et la table des directeurs : « Ils ont un rôle de bailleur de fonds, et de soutien aussi, sur comment on actualise les stratégies qu'on a dans notre plan d'action. [...] ils sont les bailleurs qui vont t'offrir un cadre de formation pour les intervenants, et mettre en place des lieux d'échange... » (09). Cela serait particulier à la relation entre la DSP et les programmes d'accès au matériel, car « c'est rare les bailleurs de fonds qui vont offrir des espaces, des plates-formes d'échange, sur les pratiques d'intervention » (09). En somme, cette relation comporte ses avantages et ses inconvénients. La DSP est une partenaire, avec qui il y a un travail en commun, et qui met à la disposition de la direction et des intervenants des ressources nécessaires à l'appropriation des changements de pratiques. Par contre, elle tient les rênes de ce renouvellement, et lorsque des intérêts divergents émergent, la DSP aurait le dernier mot.

4.2.5. Conclusion

Au fil de cette section, nous avons exploré le rôle des acteurs. Concernant les personnes UDI, nous constatons que tous les répondants représentant ce groupe d'acteurs et les intervenants considèrent que leur rôle consiste à fréquenter le site fixe. Pour ces derniers, elles ont également la fonction de leur transmettre les informations liées aux réalités changeantes de la rue, afin qu'ils puissent adapter leurs interventions. Selon la direction, le rôle des personnes UDI consiste à être impliquées dans les pratiques, cependant cette implication varierait selon la place qui leur est donnée par les autres acteurs. Pour ce qui est de la DSP, elle conçoit que les personnes UDI soient présentes dans les stratégies de réduction des méfaits. Or, au site fixe cette participation serait subséquente à la fonction de diffuser les messages de prévention dans la rue, un discours qui rejoint davantage celui des intervenants. Ces deux groupes d'acteurs, et la moitié des répondants représentant les personnes UDI évoquent d'ailleurs une participation qui s'exerce dans d'autres espaces que le site fixe, soit l'AQPSUD, l'ADDICQ, PLAISIIRS ou *l'Injecteur*.

Les répondants représentant les intervenants se décrivent comme les acteurs en 1^{re} ligne. Ils s'attribuent la fonction de distribuer le matériel et de transmettre les messages de prévention. Ils mettent en pratique les interventions en réduction des méfaits, et accueillent et accompagnent les personnes UDI. Pour les répondants représentant ce groupe d'acteurs, les intervenants ont le rôle de les encourager à développer des habitudes de consommation sécuritaires. Et pour la moitié, l'accueil représente un aspect important. La direction et la DSP ensuite confirment que les intervenants sont les acteurs des pratiques en site fixe, et le principal lien avec les personnes UDI et la rue. Ils ont le rôle de leur faire part des réalités changeantes de la rue, tout en continuant de s'adapter à celles-ci et de s'approprier les stratégies d'intervention préconisées.

La direction se décrit comme le « chef d'orchestre » de l'ensemble des services et des pratiques de l'organisme. Elle établit les priorités d'actions, suivant les orientations de la DSP et la mission de CACTUS Montréal. Dans ce même ordre d'idées, les personnes UDI et les intervenants mentionnent que la direction veille au fonctionnement de l'organisme. Quant à la DSP, elle nous renvoie plutôt au GPCP, un comité qu'elle a mis en place, et qui réunit la coordination des différents sites fixes, et où sont discutées les

pratiques d'intervention privilégiées. Cet espace permet aux coordinations de s'approprier ces dernières, pour ensuite les transmettre aux intervenants.

La DSP considère avoir trois principaux rôles, soit de protection de la santé publique, d'orientation et soutien et de bailleur de fonds. La direction confirme que la DSP définit les orientations des programmes en réduction des méfaits, comme elle soutient la mise en place des pratiques d'intervention favorisées, notamment en offrant des espaces de dialogue et de formation. Aussi, elle supporte financièrement ces pratiques, en étant bailleuse de fonds. Pour les intervenants et les personnes UDI également, la DSP oriente les pratiques d'intervention, mais pour ces répondants ce rôle va de pair avec celui de bailleur de fonds.

4.3. Les relations entre les acteurs

Ce 3^e thème nous permet d'appréhender la manière dont chacun envisage les effets des relations avec les autres sur la définition de sa place. Nous nous attardons sur les représentations des répondants en regard de ces rapports, de même que des facteurs qui les facilitent et les limitent.

4.3.1. Les relations entre les personnes UDI et les autres

En ce qui concerne la DSP, aucun des répondants n'aurait de relation directe avec elle. Michel n'en a « pas du tout », et ne souhaite pas en avoir. Jenny n'en a pas non plus, mais cette absence contribue à son insatisfaction à l'égard de cet acteur : « Ils devraient venir voir qu'est-ce que c'est [...] ils ne savent pas c'est quoi la réalité pour vrai. Quant à moi ils ne devraient pas gérer sans savoir vraiment c'est quoi les vrais besoins. C'est bien beau donner des seringues et des tubes, mais ce n'est pas juste ça ». Jenny suggère que la DSP organise « une conférence » qui s'adresserait aux personnes UDI, et où celles-ci pourraient lui poser des questions directement : « Là y a pas de relation, ils sont comme dans l'ombre, c'est les intervenants qui font la job ». Pour ce qui est des deux autres répondants, ils connaissent la DSP, mais à travers leur implication dans des

projets par et pour. Pour l'un, cette relation est la plus satisfaisante, justement car la DSP encourage leur participation. Or, ni l'un ni l'autre ne considèrent avoir une relation directe avec cet acteur, ni pensent qu'il soit nécessaire d'en avoir une : « La société a permis que je puisse avoir du matériel... c'est ça ma relation avec la santé publique » (Hugo). Toutefois, pour ce répondant cette relation est la moins satisfaisante : « [...] c'est eux qui décident comment se passe la relation. Y viennent me chercher dans mon milieu quand y'ont besoin, pis ensuite y me redescendent, pis eux restent en haut. Quand ils cherchent quelqu'un pour un comité y viennent me voir, mais ça peut être frustrant ». La DSP déterminerait les balises de la relation, et il n'entrevoit pas la possibilité de négocier la relation ou son rôle autrement.

Les relations avec la direction varient. Hugo a une relation directe avec cet acteur, dont le principal motif est la transmission d'informations : « Ce que je j'ai comme expérience, c'est juste de transmettre mon expérience ». Lors de leurs visites à l'organisme, Michel et Julie échangent de manière informelle avec les représentants de la direction présents à l'occasion. Néanmoins, ces relations ne représentent pas un rapport avec la direction : « Pis la direction je ne la connais pas » (Michel). « Comme je t'ai dit, on les voit pas. Je connais [nom], mais je la connaissais avant quand elle était intervenante » (Julie). Celle-ci et Jenny souhaitent voir la direction plus souvent au site fixe : « Je sais qu'ici ce n'est pas évident nécessairement, mais genre une heure par jour, juste qu'ils viennent voir c'est quoi la réalité, parce qu'ils sont dans leur bureau à remplir des papiers, pis remplir des statistiques, mais les statistiques ce n'est pas la réalité » (Jenny). Julie termine en nommant une limite à cette relation, soit le manque de circulation d'informations de la direction aux personnes UDI : « Il y a eu l'AGA; t'es supposé le montrer, l'afficher au moins 2 semaines avant; ici y l'ont affiché 3 jours avant ».

Pour ce qui est des intervenants, tous les répondants les connaissent, sans avoir la même relation avec eux. Lorsqu'Hugo se rend au site fixe, il se limite à l'échange de seringues, car il ne ressent pas le besoin de se confier, même s'il sait que d'autres le font. Or, il ajoute que parfois sa consommation limite la relation :

Quand je suis gelé, je viens au site fixe, je suis pas vraiment drôle, parce que ma consommation vient biaiser ma relation avec le personnel. C'est pour ça des fois je viens pas [...] j'aime mieux me voir straight, que de me voir gelé. Pis je pense qu'il y en a beaucoup qui aiment mieux me voir straight que gelé.

Sa relation la plus satisfaisante est celle avec les UDI, « parce qu'ils voient un changement d'attitude depuis que je consomme moins, pis ils me demandent des références, des informations que je peux leur donner ». Pour les trois autres, la relation avec les intervenants est celle qui affecte le plus leur rôle. Deux des répondants nomment qu'il existe une « confiance » et une « connivence » avec ces derniers : « Il se tissent des liens assez forts » (Julie), « [...] et c'est avec eux que c'est le plus satisfaisant parce qu'ils sont d'accord avec ce que je pense, pis ils sont du bord du monde marginal » (Jenny). Celle-ci et Michel précisent que le fait d'être respecté et accueilli comme un « être humain normal » contribue à rendre cette relation satisfaisante : « Il y a tellement de place où on se sent rejeté, pis où on se sent marginal, ici on sent qu'on est à notre place » (Jenny). Celle-ci ajoute que sans les intervenants, les personnes UDI n'auraient pas de voix : « [...] on est quand même moins écouté que des intervenants au niveau du gouvernement. Parce que les intervenants c'est des citoyens, tandis que moi je ne suis pas un citoyen pour eux [le gouvernement], on est des toxicomanes ». Pour Julie, leur place serait proportionnelle aux opportunités de participer que leur offrent les intervenants : « C'est sûr que si y me donnent une petite place, ben je la prends ma place ».

4.3.2. Les relations entre les intervenants et les autres

Lorsque les répondants décrivent leurs relations avec les autres acteurs, ils précisent qu'avec la DSP, ils n'en ont pas. La direction tient le rôle d'intermédiaire, et uniquement les intervenants qui participent aux différents comités ont un lien direct avec cet acteur. Si les informations circulent, il ne serait pas nécessaire pour tous les intervenants d'avoir une relation avec la DSP. Néanmoins, celle-ci s'avère insatisfaisante : « Je pense que certains ont des préjugés que dans le communautaire il n'y a pas beaucoup de professionnalisme; il y a beaucoup de bienveillance [...] même s'ils font plein de comités, au bout du compte je pense qu'ils ne prennent pas trop au sérieux ce qu'on dit » (03). Ce répondant pense que la DSP valorise le savoir théorique provenant de recherches, au détriment de leur expérience : « [...] ils sont capables d'amener des chercheurs de partout, faire toute sorte d'études, ils oublient qu'ils ont déjà des gens ici qui sont déjà de l'autre côté ». En outre, pour les répondants, certaines décisions de la

DSP ne sont pas toujours cohérentes avec les pratiques en site fixe : « Parfois c'est frustrant aussi quand ils prennent des décisions qui n'ont pas rapport » (03), « Ne serait-ce que l'idée de mettre des machines distributrices de seringues, ça va complètement à l'encontre de notre approche, justement nous on se bat pour pas être des machines distributrices, pis pour parler au monde, pis pour les accueillir [...] » (07).

Concernant la relation avec la direction, globalement celle-ci est qualifiée de satisfaisante : « je suis capable de leur parler, je n'ai pas vraiment de gros problèmes avec eux, des fois on a des divergences d'opinions, mais ça fait des débats » (07). Cela dit, certains facteurs au niveau de la transmission d'informations en lien avec les pratiques limiteraient cette relation : « La direction ce n'est pas une personne, c'est une équipe, et parfois il y a différents membres de l'équipe qui lancent des messages contradictoires » (03) et « des fois des informations ne circulent pas [...] » (07) entre eux. De plus, ce dernier répondant souhaite que les représentants de la direction « soient plus réceptifs à ce qu'on a à dire, plus le prendre en considération, parce qu'ils nous écoutent, mais après on dirait que ça se perd pis y'a plus rien qui se fait ». Afin de faciliter la communication, il suggère que la direction soit plus présente au site fixe ou aux réunions des intervenants. L'autre répondant termine en expliquant que cette relation également varie selon la perception de la direction à l'égard des intervenants, une situation pouvant créer un « clivage » entre certains.

Pour ce qui est de la relation avec les personnes UDI, l'un des répondants mentionne que lorsqu'elle est satisfaisante, elle a un effet bénéfique sur son rôle : « [...] quelqu'un avec qui j'ai un bon lien, quelqu'un avec qui je suis capable de parler, pis qui accorde de l'importance à ce que je dis, je pense que les messages de prévention vont avoir plus d'impact » (07). Cette relation n'a pas changé au cours des dernières années, même si : « dans l'histoire de CACTUS c'est sûr que ça l'a changé. Même l'attitude de la police envers les personnes qui consomment, parce que l'attitude de la société a changé [...] Moi je suis concentré sur ce que je fais ici, et mon rapport n'a pas changé » (03). Cependant, pour l'un, certaines formes d'organisation du travail affecteraient sa relation avec les personnes UDI : « [...] tous nos liens avec les gens... tsé on perd des liens, des bonnes interventions parce qu'on n'a pas le temps, parce que c'est la folie furieuse, ou parce qu'on fait juste de la discipline » (07). Celui-ci a l'impression de faire davantage de discipline, et que cela a des conséquences sur la relation : « Faque ça c'est chiant

parce que ça brise quand même des liens... les gens sont fâchés avec nous parce qu'on les barre, pis là y réagissent, faque là nous on est fâché avec eux, faque ça fait des relations plus conflictuelles [...] » (07). Avoir plus d'intervenants au site fixe pourrait pallier ces difficultés, et faciliter la relation d'accompagnement. Finalement, pour les deux répondants, la relation qui affecterait le plus leur rôle est celle avec leurs pairs, car « si ça va bien à l'intérieur de l'équipe, ça bien aller pour tout le monde » (03), et en plus cette relation fait en sorte que le poids des responsabilités soit partagé entre tous.

4.3.3. Les relations entre la direction et les autres

Lorsque les répondants représentant la direction décrivent la relation avec la DSP, ils expliquent que celle-ci ne se vit pas au quotidien, mais « selon les besoins, les réalités de consommation et les comités de travail » (01). Cette relation apparaît marquée par le double rôle de la DSP, d'orientation/soutien et de bailleur de fonds. Lorsqu'ils sont « partenaires » ou « collaborateurs » autour du renouvellement des pratiques en site fixe, il y a une mise en commun des connaissances, un échange d'informations qui facilite la relation. En même temps, « la DSP est notre bailleur de fonds, donc nous avons une reddition de comptes face à la DSP, mais pas la DSP face à nous » (01). Dans ce contexte, la relation s'avère plus difficile à négocier, car empreinte « [...] d'exigences, de contraintes et parfois ce sentiment d'incompréhension, de se dire "oui, mais il y a des possibilités qui sont là, mais pourquoi on n'arrive pas à s'entendre pour pouvoir y aller", de se sentir freiner comme ça, alors que ça marche bien » (09).

Concernant la relation avec les intervenants, selon la direction celle-ci a changé au cours des dernières années : « aussi parce que CACTUS a beaucoup évolué. Avant Sanguinet, l'équipe était plus petite, il n'y avait pas de syndicat, donc c'est sûr que les relations n'étaient pas les mêmes, les gens étaient plus proches, le partage était plus facile, et c'était plus simple de sentir qu'on partageait une même vision » (09). Cette relation varie selon la fréquence des échanges avec les intervenants et la présence de la direction au site fixe : « Plus je suis présente avec l'équipe, plus la confiance va s'installer [...] c'est difficile de concilier cela, mais je le juge comme un obstacle quand je n'y arrive pas » (09). Les intervenants aussi « vont venir nous solliciter s'il y a des

difficultés qui sont vécues [...] » (01). Cependant, s'il y a des insatisfactions et que celles-ci ne sont pas adressées aux personnes concernées, dès lors les mécontentements se cristallisent, rendant la relation moins propice à un renouvellement commun des pratiques d'intervention.

En ce qui a trait à la relation avec les personnes UDI, celle-ci elle a également évolué, car l'organisme soutient des projets au sein desquels celles-ci peuvent participer. Comme avec les intervenants, celle-ci varie selon la possibilité de rencontres et d'échanges entre les acteurs : « il y en a avec qui j'ai zéro relation. Ceux qui viennent plus souvent, qui viennent quand je suis ici, il y en a avec qui j'ai des relations presque quotidiennes, » (09). Or, la direction négocie cette relation de manière à éviter d'interférer avec le travail des intervenants. « Et en même temps, je veux être présente, je veux qu'on se connaisse, je veux qu'on fasse partie d'une même roue » (09). Par ailleurs, deux facteurs influenceraient cette relation. D'abord, le rôle même de la direction : « [...] en général c'est comme la hiérarchie la direction, alors quand ils ont accès à la direction, c'est valorisant [...] alors les relations sont bonnes, sont polies, sont adéquates, même quand ils ont des irritants, quand c'est à nous qu'ils le disent, c'est posé [...] » (01). Ensuite, leurs représentations du rôle des personnes UDI : « [...] je les vois aussi comme une grande source d'information dans ce qui peut fonctionner dans l'intervention qu'on peut proposer, puis généralement les gens veulent embarquer dans cette démarche-là » (01). Et par rebond, cette relation agirait sur la manière dont les individus se représentent leur propre rôle.

4.3.4. Les relations entre la DSP et les autres

À la suite de la direction, les répondants représentant la DSP confirment que leur relation avec les personnes UDI a changé au cours des dernières années, mais particulièrement avec les membres de l'AQPSUD : « Les autres on les voit moins directement... mais on a eu une journée pairs, une journée de réflexion sur l'implication des pairs ». La relation se fonde sur le fait que les individus qui consomment détiennent « une expertise que l'on va chercher, donc si on a besoin de valider certaines choses, on peut communiquer ». Le changement ayant eu lieu concerne surtout la présence de

personnes UDI au sein des espaces de dialogue en lien avec les pratiques. Auparavant, celles-ci étaient représentées par les intervenants, mais aujourd'hui « On les rencontre chaque semaine, a tellement de projets et d'instances, on les voit régulièrement, on échange régulièrement, en direct. C'est comme si on est plus proche directement, il n'y plus d'intermédiaire intervenant, et ça fait toute la différence ».

Avec les intervenants, les rapports directs sont moins fréquents, car la direction ou la coordination tiennent le rôle d'intermédiaire, « mais ça peut arriver... on l'a via la formation ». L'essence de cette relation se trouve dans la transmission (indirecte) d'informations, tant sur les réalités de la rue (des intervenants à la DSP), que sur les pratiques d'intervention (de la DSP aux intervenants). Des tensions peuvent émerger entre ces acteurs lorsque les pratiques sont réorientées, par exemple si la DSP modifie la politique de distribution de matériel. Malgré un travail en coconstruction avec les organismes, « il y a des poches de résistance qui persistent ». À ce sujet, la DSP note l'importance d'une coordination et de moyens pour soutenir les intervenants : « [...] comme la supervision, les réunions d'équipe, suivre les données de monitoring, assister aux formations... on le voit que ça fait des organisations plus proches de leur clientèle, plus capable de répondre, et qui amènent plus d'innovations ».

Pour ce qui est de la relation avec la direction, celle-ci est directe, et peut être quotidienne, selon les situations. Ces deux acteurs partagent des responsabilités et des intérêts communs, allant du développement des pratiques au financement, et de la gestion des services à celle des ressources humaines. Il y a des lieux d'insatisfactions, qui peuvent être mutuels, car « Quand on travaille en partenariat, chacun a sa propre culture d'organisation... » Parfois, des enjeux financiers font surface ou encore les acteurs ne partagent pas le même point de vue sur les stratégies d'intervention à prioriser. Toutefois, à travers les plates-formes d'échange et les événements ponctuels, ces deux acteurs auraient développé une proximité qui facilite leur relation.

4.3.5. Conclusion

Dans cette section, nous nous sommes penchés sur la manière dont chacun des groupes d'acteurs perçoit ses relations avec les autres. Si nous repensons aux

personnes UDI, nous nous rappelons que pour trois des répondants, la relation la plus satisfaisante est celle avec les intervenants. Celle-ci est marquée par la confiance et la connivence. Deux d'entre eux en retirent une reconnaissance, car ils se sentent traités comme des êtres « normaux ». Pour le quatrième répondant, la relation la plus satisfaisante est celle avec ses pairs, à travers son rôle avec PLAISIIRS, car elle lui procure un sentiment de compétence³⁵. Pour ce qui est de la direction et de la DSP, une minorité de personnes UDI disent avoir une relation directe avec ces deux groupes d'acteurs. Parallèlement, une majorité considère que cette « absence » constitue une insatisfaction, mettant en doute le fait que leurs besoins soient bel et bien compris. La transmission d'informations de la rue à la direction et ensuite à la DSP, apparaît comme le principal motif à la relation, mais cela ne suffit pas à la rendre satisfaisante. Pour l'un des répondants, la relation avec la DSP est d'ailleurs celle qui lui donne le moins de satisfaction. Elle est décrite comme étant de nature utilitaire, puisqu'elle existe uniquement lorsque son expérience en tant que consommateur est requise.

De même, pour les répondants représentant les intervenants, la relation avec la DSP émerge comme étant la moins satisfaisante. Bien qu'ils soient représentés au sein de certains comités, ils ne considèrent pas que leurs savoirs d'expérience soient reconnus. La relation avec leurs pairs est celle qui aurait le plus d'effets sur leur rôle, et donc sur leurs pratiques et leur lien avec les personnes UDI. Celui-ci également influence leur rôle : si le lien est « bon », les individus sont plus réceptifs aux interventions en réduction des méfaits. Or, contrairement aux personnes UDI qui décrivent leurs rapports avec les intervenants en termes de confiance et de connivence, ceux-ci évoquent plutôt une relation d'intervention qui selon le cas, limite ou facilite leur rôle. Avec la direction, les relations respectives sont satisfaisantes. Chacun des répondants est « capable de leur parler », et les personnes représentant la direction sont disponibles lorsqu'ils font appel à elles. Cependant, au niveau des pratiques en site fixe, ils souhaiteraient que leur point de vue sur les stratégies d'intervention soit davantage pris en compte. Aussi, ils voudraient que la transmission des informations soit plus fluide entre les acteurs.

Selon la direction, la relation avec les intervenants a changé, notamment depuis le déménagement sur la rue Sanguinet. Les locaux et l'équipe se sont agrandis. Ces

³⁵ Bien que cette information ne touche pas directement les pratiques en site fixe, elle reste malgré tout pertinente, car elle contribue à notre compréhension des relations.

groupes d'acteurs se voient moins, ce qui rend les échanges informels moins fréquents, et qui limite les possibilités d'installer la confiance nécessaire à un renouvellement commun des pratiques. En ce qui a trait aux personnes UDI, la relation a également évolué, car l'organisme soutient davantage de projets qui favorisent leur participation dans les stratégies en réduction des méfaits. Et dans son discours, la direction témoigne d'une reconnaissance de leur expertise spécifique. Quant à la relation avec la DSP, elle varie selon le rôle de celle-ci, soit orientation/soutien ou bailleur de fonds. Dans le premier contexte, les rapports sont décrits en termes de collaboration, de partenariat et de mise en commun. Dans le deuxième, ils sont perçus comme étant unidirectionnels.

La DSP confirme que son double rôle influence la relation avec la direction. Parfois les intérêts sont divergents, et les priorités d'action ne sont pas partagées. Néanmoins, comme ces deux groupes d'acteurs se rencontrent dans différents espaces de dialogue, ils ont développé une proximité qui facilite les échanges. De même, la DSP convient que la relation avec les intervenants peut comporter des insatisfactions. Il arrive que des tensions surviennent lorsque les pratiques d'intervention sont réorientées. Dans cette relation, la direction (ou la coordination) tient un rôle primordial, car elle agit en tant qu'intermédiaire. En ce qui concerne la relation avec les personnes UDI, leur perception ne rejoint pas tout à fait celle de la DSP. Pour celle-ci, la relation apparaît plus satisfaisante. Elle a instauré des changements visant à favoriser leur participation. Elles sont également représentées dans des comités, et la DSP peut entrer directement en communication avec elles. Cette dernière soutient que les personnes UDI détiennent une expérience qui est la leur, et qui est plus utile au développement des stratégies en réduction des méfaits. L'accessibilité à cette expertise se présente donc comme le principal motif à la relation. Or, si celle-ci répond aux attentes de la DSP, elle reste insatisfaisante pour les personnes UDI, qui n'y trouvent pas la gratification recherchée.

4.4. L'évaluation du système d'action

Ce 4^e thème et dernier thème regroupe les appréciations générales des répondants relativement à la façon dont les pratiques en site fixe remplissent leurs fonctions. Nous exposons donc les aspects à travers lesquels les groupes d'acteurs évaluent le

système. Nous concluons cette section avec leurs intentions face aux pratiques, et la manière dont chacun perçoit sa participation dans leur renouvellement.

4.4.1. Les personnes UDI : une prise en compte mitigée

Les répondants conviennent que les pratiques en site fixe d'échange de seringues remplissent leur fonction. Le matériel de consommation est accessible, et les seringues sont disponibles sans aucune restriction au niveau de la quantité. Les intervenants transmettent les messages de prévention en lien avec les risques associés à l'usage de drogues. Ils réfèrent également les personnes UDI vers d'autres ressources pouvant répondre à leurs besoins, et lorsqu'ils accueillent ces dernières, ils les considèrent comme des personnes « normales », « pis ça, de ne pas te sentir de trop je pense que ça fait partie de leurs fonctions pis ils le font bien » (Jenny). Michel ajoute que lorsqu'il rapporte des seringues souillées au site fixe, les intervenants lui démontrent que cela leur fait plaisir, ce qui l'incite à ramener son matériel.

Cependant, aucun des répondants, sauf un, ne pense qu'il participe au développement des pratiques. Hugo rappelle avoir un rôle de transmission d'informations, mais celui-ci ne lui donne pas l'impression d'être impliqué au site fixe : « Je le fais pas en site fixe, je le fais à PLAISIIRS [...]. Je peux pas dire que je participe vraiment au site fixe, moi j'écoute pis je diffuse l'information, c'est tout ce que je fais ». De même, Julie ne participe pas, car elle ne serait pas sollicitée : « Ben parce qu'y me demandent pas... y nous demandent pas notre avis ». De son côté, Michel ne se sent pas concerné par le renouvellement des pratiques : « Ben je ne participe pas, parce que je n'ai pas rapport là-dedans, j'imagine, je ne le sais pas ». Pour ce qui est de Jenny, contrairement aux autres, elle est plutôt d'avis que les personnes UDI ont une place au sein des pratiques : « Ben c'est sûr qu'on participe, on est les principaux acteurs, on est les clients du site fixe [...] Nous dans le fond on devrait parler aux intervenants pour qu'eux parlent pour nous, parce que c'est notre voix ». Cela dit, elle ne transmet pas ses idées à tous les intervenants, seulement à ceux avec qui elle a un lien.

Au sujet des intentions en lien avec les pratiques, Michel d'abord nous dit qu'il n'en pas; car il ne connaît pas tout ce qui se fait déjà. Il souhaite s'impliquer davantage, mais

voudrait d'abord arrêter de consommer : « [...] je pourrais chercher des seringues à terre partout, je vois qu'il y en a qui font ça, mais je dois plus consommer ». La principale attente de Julie est de « laisser un peu plus de place aux usagers, de prendre le rôle du pair aidant plus au sérieux ». Elle entrevoit la possibilité qu'ils puissent s'exprimer davantage au sujet des pratiques, et que leur expérience soit reconnue comme étant spécifique, et que comme toute autre, elle puisse être rémunérée : « Il faut s'impliquer, il faut s'impliquer, mais si on n'a pas de voix, pis qu'y veulent pas nous payer [...] ». En ce qui concerne Jenny et Hugo, tous deux nourrissent l'espoir de voir l'implantation des SIS.

4.4.2. Les intervenants : un savoir d'expérience peu communiqué

Lorsque nous demandons aux répondants si les pratiques en site fixe remplissent leur fonction, ils répondent que oui, « dans la mesure du possible » (07), car « il y a de la place pour l'amélioration tout le temps » (03). Or, ils précisent que les quantités de seringues distribuées et récupérées ont augmenté au cours des dernières années, et que « le monde est plus au courant [des risques] » (07). Aussi, ce répondant ajoute que les pratiques permettent aux individus « de prendre du pouvoir sur leur vie ». Les intervenants leur présentent les options et les conséquences de l'usage de drogues, dans le but qu'ils fassent leurs propres choix : « Et ça, je trouve que ça leur donne un pouvoir décisionnel sur ce qu'ils font, pis de le faire en sachant dans quoi tu t'impliques et qu'est-ce que ça peut impliquer, ben je pense que c'est déjà un bon pas » (07).

Les répondants estiment qu'ils participent au développement des pratiques, en transmettant les informations pertinentes aux personnes qui fréquentent le site fixe, en adaptant leurs pratiques selon les besoins, et en partageant leurs idées avec leurs collègues. Néanmoins, l'un et l'autre voudraient que leur participation soit plus importante. Ils souhaitent notamment représenter l'organisme et transmettre leurs savoirs d'expérience à l'extérieur du site fixe, mais cela s'avère plus difficile à réaliser. D'une part, ils ont peu de possibilités de le faire (03). D'autre part, lorsqu'une occasion se présente, les intervenants doivent s'absenter du site fixe et être remplacés, ce qui occasionnerait des frais supplémentaires pour l'organisme, et qui rend cette participation plus difficile (07). Ensuite, tous deux évoquent le souhait que la DSP tienne davantage

compte de leur point de vue lorsque cette dernière prend des décisions qui affectent les pratiques en site fixe, justement car ils sont à la 1^{re} ligne. En dernier lieu, notons que tout comme Jenny et Hugo (voir art. 4.4.1), les répondants représentant les intervenants espèrent l'implantation des SIS.

4.4.3. La direction : une pratique rendue à maturité

Selon les répondants représentant la direction, les pratiques en site fixe remplissent leur fonction, car le matériel est disponible et accessible, et les intervenants incarnent bien l'approche de réduction des méfaits, tant au niveau du pragmatisme que de l'humanisme. Parallèlement, la direction souhaite expérimenter de nouvelles façons de faire, telles que le libre-service de tout le matériel (voir art. 4.1.3) : « Je pense que justement on est assez bon dans ce qu'on fait, pour essayer des nouvelles choses et les assumer » (09). Cependant, la conception du matériel, comme outil de prise de contact et d'intervention, ne favoriserait pas l'expérimentation de certaines pratiques : « Parfois j'ai l'impression qu'on s'accroche au matériel, comme si de donner le matériel rendait les intervenants maîtres de ce qu'ils font et que c'est la base de leur relation avec les UDI, mais je ne suis pas convaincue que cela doit rester comme ça » (09).

Au sujet du développement des pratiques en site fixe, la direction y participe, entre autres en laissant émerger des pratiques ou des questionnements, et en mettant en place des conditions pour qu'ils puissent s'exprimer : « [...] de faire en sorte que tous les intervenants puissent participer à la rencontre d'équipe hebdomadaire, c'est une façon de participer au développement des pratiques d'intervention [...] » (09). Elle offre également des formations au niveau provincial, auxquelles assistent des intervenants, des travailleurs de rue, des infirmières et des policiers. En parlant de l'expérience développée à CACTUS Montréal, la direction signale que : « Nous sommes un gros acteur, mais surtout en terme de nombre de personnes qui viennent ici. Sinon il y a une réalité de site fixe que nous ne connaissons pas, par exemple un site fixe en contexte rural ou en banlieue. Aussi, il y a des sites fixes qui sont intégrés dans d'autres services, tandis qu'ici ce n'est pas cela » (01).

Pour la suite, la direction espère la stabilité de l'équipe, et que celle-ci soit à l'aise avec les diverses situations rencontrées. Afin d'y parvenir, il y aurait un manque à combler sur le plan des ressources humaines : « Nous manquons de ressources humaines au site fixe pour vraiment maximiser les interventions, donc avoir le temps d'accompagner les personnes, de les mobiliser dans leur projet de vie, de travailler cette mobilisation, de faire de l'éducation » (01). La direction souhaite également l'implantation d'un continuum d'interventions entre la santé et le social (voir art. 4.1.3), et des SIS. Ce projet n'est pas réalisable, car Santé Canada doit accorder une exemption en vertu de l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

4.4.4. La DSP : une intégration des pratiques dans le traitement des ITSS

Selon la DSP, les sites fixes remplissent leur fonction, « dans la mesure où ils [les intervenants] s'adaptent beaucoup aux réalités, entre autres à CACTUS où le roulement est énorme... et il y a beaucoup de changements, de mobilité de la clientèle, donc oui, cette adaptation se fait ». Seulement, certaines réalités demanderaient un savoir-faire spécifique, et l'appropriation de connaissances. À cette fin, la DSP souhaite aménager, avec les organismes, « les conditions favorables pour qu'ils [les intervenants] se les approprient, parce qu'en bout de ligne notre but c'est d'améliorer la qualité de vie des personnes UDI, et que l'on soit capable de le mesurer ».

Plusieurs intentions sont évoquées, dont certaines en lien avec la venue des SIS. Il est à prévoir que l'implantation de ce programme influe considérablement sur le rôle des intervenants, dont les interventions devront s'accorder avec celles de l'infirmière : « [...] elle [l'infirmière] ne pourra pas tout faire, et elle va devoir former l'intervenant pour déléguer des choses dont elle est responsable. Mais c'est dans le rôle de l'infirmière, mais des fois c'est à la frontière du psychosocial... c'est là où c'est délicat... » L'une des actions à venir consiste à préparer les intervenants à cette intégration de la santé et du social. Dans le même ordre d'idées, la DSP aspire à ce que les pratiques en site fixe fassent partie intégrante de la chaîne de traitement du VHC : « Nous avons noté que les intervenants font plus la promotion de l'infirmière que du dépistage, mais on ne peut pas s'attendre à ce qu'elle fasse la promotion des soins, c'est elle qui les donne ».

La DSP entrevoit l'installation de machines distributrices de seringues, et la gratuité des tubes en pyrex dans tous les sites fixes, un objectif dont l'atteinte s'avère plus difficile : « c'est un travail qui ne sera pas réalisé à court, même moyen terme. Je ne vois pas comment, à part conscientiser vraiment ». Pour conclure, la DSP soutient qu'il importe de favoriser la stabilité des intervenants, afin de préserver « le maximum de compétences ». D'ailleurs, bien que la distribution de matériel soit régulièrement évaluée, il n'en est pas de même pour les pratiques : « [...] la dernière évaluation des pratiques d'intervention à Spectre, CACTUS Montréal et Dopamine, sous la supervision de Shirley Roy et Michel Perrault, date du début des années 2000 ».

4.4.5. Conclusion

Dans cette dernière section, nous avons relaté la manière dont les groupes d'acteurs évaluent les pratiques en site fixe. Nous avons ensuite mis en évidence leurs intentions quant au renouvellement de ces dernières, ainsi que la perception de leur participation. En premier lieu, tous les répondants sont d'avis que les pratiques remplissent leur fonction. Le matériel est disponible, la prévention est mise en pratique, et les interventions sont adaptées aux besoins des personnes rencontrées. Cela dit, la direction et la DSP rappellent des visées qui, lors des entretiens, sont perçues comme plus difficilement atteignables³⁶. La première souhaite expérimenter de nouvelles façons de faire, et considère que le contexte serait favorable, mais les représentations du matériel comme outil de prise de contact en limiteraient le potentiel. La deuxième pointe vers l'appropriation par les intervenants de connaissances spécifiques qui permettraient une meilleure adaptation des stratégies d'intervention à certaines réalités.

En deuxième lieu, tous les répondants mentionnent qu'ils participent au développement des pratiques, sauf trois des quatre représentants les personnes UDI. Soit ils ne se sentent pas concernés ou sollicités, ou encore leur implication au sein de l'approche de réduction des méfaits s'exerce ailleurs, mais pas au site fixe. Seul l'un des répondants considère que les personnes UDI participent au développement des pratiques. D'après lui, celles-ci sont les principales concernées, puisqu'elles fréquentent le site fixe. Cela étant dit, lorsqu'il décrit leur participation, celle-ci se situe dans la transmission de leurs

³⁶ Les entrevues ont été réalisées entre juin et octobre 2013 (voir sect. 3.5).

idées aux intervenants, qui porteraient leur voix, car ils seraient plus écoutés qu'elles. En ce qui concerne les intervenants, ils conçoivent qu'ils participent au développement des pratiques, car ils font de la prévention, ils adaptent leurs manières de faire aux besoins des individus, et ils partagent leurs idées avec leurs collègues. Cependant, ils souhaitent que leur expérience soit davantage prise en compte, et qu'ils puissent la communiquer dans d'autres espaces de dialogue, à l'extérieur de l'organisme.

Comment les groupes d'acteurs envisagent-ils la suite des pratiques d'intervention en site fixe? Les intentions varient selon la place dans ledit système. La moitié des répondants représentant les personnes UDI ont exprimé le souhait de s'impliquer, mais cela n'était pas possible durant la période où se sont tenues les entrevues. L'un perçoit sa consommation comme une limite, tandis que l'autre ne pense pas que l'implication des personnes UDI soit suffisamment encouragée. Pour ce qui est des intervenants, ils voudraient surtout partager leur expérience à l'extérieur des murs du site fixe. Quant à la direction et la DSP, elles partagent certaines intentions. Toutes deux mentionnent l'importance de favoriser la stabilité des intervenants, afin d'éviter un roulement, et par rebond la perte de compétences. Elles aspirent également à mettre en place un continuum d'interventions entre la santé et le social, et ce en prévision des changements prévus dans les pratiques en site fixe avec l'avènement des SIS. Avant de clore ce chapitre sur les résultats de recherche, soulignons que tous les groupes d'acteurs partagent l'espérance de voir l'implantation des SIS.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Ce chapitre constitue notre analyse des résultats de recherche. Progressivement, nous cherchons à cerner comment les représentations des rôles et des relations participent à la définition de la place des acteurs concernés par les pratiques en site fixe. Celles-ci représentent un système d'action où se reproduisent « des processus sociaux et des "places" sociales » (Pizarro, 1999, p.159). Ces places correspondent à l'intériorisation d'un rôle qui n'existe qu'à travers les relations, ainsi que les représentations de ces concepts (rôle et relations) et des concepts qu'ils produisent à leur tour, et qui interviennent dans la production des places (Pizarro, 1999, p.158). L'analyse comparative du discours des répondants a fait émerger des concepts prédominants, comme la reconnaissance et la participation, qui nous ont permis de mieux expliquer les contrastes apparents dans les logiques de sens et d'action qui animent la définition des places au sein du système. Or, la place et le système sont tous deux en constante transformation. « La complexité d'un système d'action tient au fait qu'il opère en milieu ouvert et donc en interaction constante avec son environnement qu'il transforme et qui le transforme dans le temps » (Bilodeau, 2011, p.20). Par conséquent, l'analyse présentée est rattachée à l'espace-temps durant lequel se sont déroulés les entretiens.

Revoyons les thèmes explorés. En regard de la réduction des méfaits et des pratiques, nous remarquons que les répondants présentent des points de vue similaires, excepté au sujet de la distribution de matériel. Il émerge une tension entre les interventions ciblées, qui découlent des logiques de prévention et d'efficacité, et l'approche globale, qui émane plutôt d'une logique d'accompagnement individualisé. Au niveau du rôle, l'enjeu se situe surtout autour de la participation des personnes UDI. Elle est décrite par la DSP et la direction comme une orientation à privilégier, mais elle n'est pas évoquée comme telle par tous les autres répondants. Outre cela, les représentations de cette participation peuvent varier d'un acteur à l'autre, car chacun ne la traduit pas par les mêmes fonctions et responsabilités pour les individus concernés. Ensuite, tous détiennent des informations spécifiques à leur place dans le système. Or, les personnes UDI possèdent des savoirs que tous les autres désignent comme étant essentiels à la réalisation de leur rôle, et au développement des pratiques. L'idée d'en favoriser la

transmission peut alors devenir un motif à établir une relation, et lorsque celle-ci est indirecte, les intervenants tiennent le rôle d'intermédiaires. « La relation ne s'établit que s'il y a *motif* à relation, et ce motif ne peut être uniquement la relation elle-même » (Barel, 1982, p.192). Or, lorsque la transmission d'informations devient le motif apparent d'une relation, les personnes situées au bas de l'échelle hiérarchique, l'évaluent comme étant insatisfaisante. Elles n'en retirent pas de reconnaissance. Les groupes d'acteurs n'entrent pas en relation avec les mêmes intentions, et leurs attentes diffèrent. Les représentations des rôles influent sur celles des relations. Pour tous, sauf pour la DSP, l'expérience de la reconnaissance apparaît comme un facteur déterminant des représentations du rôle et des relations, de même que de la participation au développement des pratiques en site fixe. Cependant, ceux chez qui cette reconnaissance est recherchée ne lui accordent pas forcément le même sens.

5.1. Reconnaissance ambivalente de la place

Dans le système que nous observons, les rôles peuvent sembler clairement délimités. Les personnes UDI fréquentent le site fixe, et les intervenants les accueillent, distribuent le matériel et appliquent les stratégies de réduction des méfaits. La direction supervise le développement des pratiques, et établit les priorités d'actions de l'organisme, tout en s'assurant d'avoir les capacités et les ressources nécessaires pour les mettre en place. Quant à la DSP, elle a le triple rôle de protecteur de la santé publique, de bailleur de fonds, et d'orientation et soutien des pratiques. Or nous le savons, si « Le rôle est "relationniste", il n'appartient pas à la personne, mais à la place qui lui est donnée dans l'organisation du travail » (Dubet, 2002, p.317). Les représentations du rôle, de soi-même comme des autres, se construisent en interaction avec celles des relations, et en interinfluence avec les concepts qu'elles produisent :

[...] la représentation d'un sujet est déterminée par la place qu'il occupe dans la formation sociale. Cette place joue un rôle aussi bien en intervenant sur le système de règles ou de normes auquel le sujet se réfère qu'en affectant une pondération et une valeur à chaque comportement. (Abric, 1987, p.217)

Le *Rapport du directeur de santé publique 2010* énonce que la stratégie visant à favoriser l'implication des personnes UDI prend un sens particulier, car « laissées-pour-

compte, ces personnes et leur entourage se sentent souvent rejetés et tendent à ne pas revendiquer suffisamment leurs droits » (Lessard et Valiquette, 2010, p.27). Si nous nous rapportons aux résultats de recherche, trois des quatre répondants représentant les personnes UDI mentionnent que celles-ci détiennent une expérience ou des connaissances spécifiques, mais parmi ceux-ci un seul envisage pour elles une plus grande place dans les pratiques. À l'opposé, l'un considère qu'il n'a rien à voir avec ces dernières. Il souhaiterait devenir un pair, mais lorsqu'il ne consommera plus (voir art. 4.4.1). Tout être humain est poussé par le besoin de s'épanouir, mais suivant sa structure identitaire (voir sect.1.2). Compte tenu de la charge morale dont est imprégnée l'injection, et de la marginalisation des toxicomanes, l'utilisation de drogues peut représenter un obstacle à l'« affirmation/extension de soi par l'action sur le monde » (Le Bossé, 2012, p.36), d'autant plus si elle est associée à l'expérience du mépris ou de la honte. « [...] la honte sociale représente le sentiment moral dans lequel s'exprime cette perte du respect de soi qui, de manière typique, accompagne l'acceptation passive de l'abaissement et de l'humiliation » (Honneth, 2002, p.196). Dans le système qui nous intéresse, un tel sentiment se manifeste particulièrement dans le discours des répondants représentant les personnes UDI.

Avant de s'épanouir, l'identité doit être confirmée (Le Bossé, 2012, p.37). Ce processus repose sur l'attestation de capacités fondamentales, telles que pouvoir dire et pouvoir faire (ibid.) (voir sect. 1.2). « L'individu, en effet, ne parvient à se libérer de la tension affective provoquée en lui par des expériences humiliantes qu'en retrouvant une possibilité d'activité » (Honneth, 2002, p.169), plutôt qu'en étant confiné à un rôle passif. En ce qui a trait aux personnes UDI, si l'abstinence n'est pas une finalité, cela implique que la possibilité d'agir leur soit reconnue alors même qu'elles sont toxicomanes³⁷. La reconnaissance de leurs capacités de dire et de faire serait inhérente au DPA et à l'émergence du désir de s'affirmer, et de participer à un changement d'intérêt collectif (Le Bossé, 2012, p.63), l'une des visées de la mobilisation des personnes UDI (voir sect. 1.4), et de la réduction des méfaits (voir sect. 1.2). Cette approche reconnaît le pouvoir d'agir des individus et prône leur implication dans les démarches (voir sect. 1.2). Cependant, cette perspective n'est pas apparente dans le discours de tous les

³⁷ Tous les répondants conviennent que la réduction des méfaits ne vise ni l'abstinence ni l'arrêt de la consommation (voir art. 4.2.5).

répondants relativement à leurs représentations des personnes UDI qui spécifiquement fréquentent le site fixe³⁸. Sont-elles également visées par le DPA?

Les pratiques d'intervention qui favorisent un processus d'affranchissement contribueraient à réparer la souffrance provenant de l'expérience du mépris ou de la honte (voir sect. 1.4). « La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voir la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire, ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi » (Ricoeur, in Le Bossé, 2012, p.37). Cet affranchissement mène à la capacité de prendre responsabilité pour ses actions, c'est-à-dire de faire partie de la réponse collective, et de trouver ses propres réponses aux difficultés vécues (voir sect. 1.3). Le discours de deux des répondants représentant les personnes UDI rappelle un tel affranchissement, mais celui-ci est favorisé par d'autres pratiques que celles en site fixe (voir art. 4.2.1). L'un d'ailleurs exprime la gratification qu'il retire lorsque ses pairs lui demandent des informations qu'il peut leur transmettre. Ces derniers reconnaissent ses capacités, tant dans les interventions de réduction des méfaits, que dans la gestion de sa consommation personnelle (voir art. 4.3.1). Or, sans nier l'importance des projets par et pour les pairs, nous admettons qu'ils ne concernent pas toutes les personnes UDI, alors que le site fixe en rejoint un grand nombre. Celui de CACTUS Montréal « reçoit entre 120 et 200 visites quotidiennes »³⁹. Durant l'année 2014-2015, il a reçu 43 930 visites⁴⁰.

L'idée d'« autonomisation » est intégrée dans les stratégies de prévention du VHC et du VIH (Lessard et Valiquette, 2010, p.20), toutefois, en site fixe, celle-ci se révèle comme une orientation ou une intention, mais pas encore comme une pratique réellement établie. La DSP, la direction et l'un des répondants représentant les personnes UDI soutiennent que les intervenants ont le rôle de promouvoir la place de celles-ci dans les pratiques en site fixe. Or, à aucun moment ces derniers ne se donnent ce rôle ni n'évoquent une participation des personnes accompagnées, à l'exception de la transmission d'informations. Le rôle serait propre à chacune, et varierait selon leur désir de s'impliquer (voir par. 4.2.1.1). Tel que le mentionne Le Bossé (2012, p.252), « Effectivement, tout le monde dispose de la possibilité d'agir dans différents domaines

³⁸ La DSP, les intervenants et la moitié des répondants représentant les personnes UDI renvoient à une participation qui s'exerce dans d'autres espaces que le site fixe, soit l'AQPSUD, l'ADDICQ, PLAISIIRS ou l'*Injecteur* (voir art. 4.2.5).

³⁹ Information tirée du site Internet de CACTUS Montréal. Aussi, précisons que le nombre de visites ne correspond pas au nombre de personnes différentes qui fréquentent le site fixe.

⁴⁰ Information tirée du « Rapport annuel 2014-2015 de CACTUS Montréal ».

de sa vie [...] », incluant les individus vivant des difficultés, ou ayant intégré un sentiment de honte et d'impuissance face à ce qui est important pour eux. « [...] les personnes accompagnées possèdent déjà le potentiel nécessaire pour développer leur pouvoir d'agir, l'enjeu de l'intervention consiste à œuvrer à l'élimination des obstacles personnels ou structurels qui, pour le moment, limite son actualisation » (ibid.).

Le *Rapport du directeur de santé publique 2010* stipule que : « Le milieu communautaire favorise que les personnes découvrent le pouvoir qu'elles peuvent avoir sur leur vie dans une optique d'inclusion sociale, de citoyenneté et de défense des droits » (Lessard et Valiquette, 2010, p.27), à l'intérieur des pratiques qui les concernent (voir sect. 5.1). Le site fixe affiche des qualités d'un espace où les personnes UDI pourraient développer leur pouvoir d'agir. Elles s'y sentent « normales » (voir art. 4.4.1) et l'accueil des intervenants, avec qui elles partagent une quotidienneté, se révèle comme un facteur qui facilite leur rôle, car il est « cordial et sans jugement » (voir art. 4.2.1). Deux des répondants représentant les personnes UDI comparent cet accueil à celui dans d'autres CAMI, nommément les pharmacies et les établissements du RSSS, où il est dépeint comme étant empreint de désintérêt ou de mépris (voir part. 4.2.2.1). Les intervenants incarnent le 1^{er} et principal contact avec le site fixe, mais ils représentent aussi la norme non marginalisée avec qui les personnes UDI ont développé une relation de confiance (voir sect. 1.3). Parmi les répondants qui représentent celles-ci, deux associent le lien avec les intervenants à l'expérience de la reconnaissance, non pas de leurs capacités, mais de leur « normalité » (voir art. 4.3.1 et 4.3.5).

« C'est seulement la réaction de l'autre qui en fait aide le sujet à construire son identité, selon la réaction de l'autre à l'action du sujet » (Honneth, 2002, p.87). Les représentations des intervenants quant à la place des personnes UDI dans la société ont une résonance positive sur leur construction identitaire. Des processus sociaux et des places se créent et se reproduisent. Cette reproduction prend forme à travers « [...] un phénomène complexe d'élaboration collective, de résonances interindividuelles et intracollectives, d'interactions multiples jouant un rôle, pourrait-on dire, multiplicatif du processus individuel » (Mendel, 2003, p.48). C'est justement là que se fonderait la place des intervenants. Au-delà des stratégies de prévention, les pratiques en site fixe auraient le potentiel de « restaurer le mouvement là où des personnes en difficulté sont aux prises avec une situation incapacitante » (Le Bossé, 2012, p.125). Dès l'accueil, dès

que se déterminent les balises sur lesquelles se construit le lien, un processus de DPA peut s'amorcer si l'on reconnaît aux individus la capacité de nommer les problèmes auxquels ils font face, d'analyser leur situation et de proposer des pistes d'action.

Dans le système qui nous intéresse, la DSP et la direction détiennent des places déterminantes, car elles agissent sur la définition et l'actualisation des pratiques. Tous les rôles représentent l'ordre institutionnel. « Certains rôles, cependant, représentent symboliquement cet ordre dans sa totalité plus que d'autres » (Berger et Luckmann, 1986, p.107). La direction et la DSP décrivent leur relation comme étant satisfaisante. Néanmoins, toutes deux s'entendent pour dire que l'autonomie d'action de l'une est plus restreinte lorsque l'autre tient le rôle de bailleur de fonds (voir art. 4.3.3 et 4.3.4). À ce sujet, le discours de la direction est également marqué par un besoin de reconnaissance, mais de ses savoirs d'expérience. Les acteurs de différents niveaux hiérarchiques témoignent de l'expérience de la reconnaissance et du mépris, mais ni le sens donné ni les effets sur la construction identitaire ne sont les mêmes⁴¹. « Évidemment, le sentiment de mépris peut varier selon que les individus montent ou descendent dans la stratification sociale [...] » (Dubet, 2002, p.326).

Les répondants représentant les intervenants ne trouvent pas que la relation avec la DSP soit satisfaisante, car semblablement, ils n'en retirent pas une reconnaissance de leurs savoirs d'expérience. Cette dernière ne tiendrait pas suffisamment compte de leurs connaissances, et s'appuierait davantage sur des recherches théoriques pour orienter les pratiques (voir art. 4.4.2). Pourtant, ils représentent le 1^{er} contact avec les personnes UDI et ils mettent en pratique les stratégies d'intervention.

Alors les professionnels du travail sur autrui ont le sentiment d'être pris dans une contradiction entre leur puissance et leur responsabilité dans la vie des individus, d'une part, et la crise de légitimité qui l'accompagne, d'autre part. De leur point de vue, on attend trop d'eux et on ne leur accorde pas assez de légitimité et de reconnaissance symbolique. Ce déficit structurel de légitimité expliquerait le caractère inépuisable d'un désir de reconnaissance. (Dubet, 2002, p.328)

Si la place est synonyme d'un pouvoir par rapport aux autres (voir sect. 1.5 et 2.3), comment les intervenants peuvent-ils entrevoir une participation plus importante pour les

⁴¹ Seul le discours de la DSP ne renvoie pas à une quête de reconnaissance ou à l'expérience de la honte ou du mépris.

acteurs situés au-dessous dans la stratification sociale, s'ils éprouvent eux-mêmes une insatisfaction quant à la reconnaissance de leur place par les acteurs situés au-dessus?

5.2. Perceptions contrastantes de la participation

Nous savons que la DSP et la direction souhaitent que la participation des personnes UDI soit plus importante. Cependant, pour les intervenants comme pour les principales concernées, leur premier rôle demeure celui de fréquenter le site fixe. Seul un répondant représentant les personnes UDI estime que celles-ci contribuent au développement des pratiques, mais cette implication se traduit par la transmission de leurs idées aux intervenants, perçus comme étant leur « voix ». Ces derniers pourraient plus facilement diffuser la parole des personnes UDI, qui seraient, selon ce répondant, moins « écoutées » parce que « toxicomanes » (voir art. 4.4.1). Bien qu'une participation soit envisagée, celle-ci reste marquée par l'intériorisation de la position sociale comme personnes marginalisées, de même que par l'expérience du mépris. « [...] la représentation d'un sujet est déterminée par la place qu'il occupe dans la formation sociale » (Abric, 1987, p.217). Et cette place influence la valeur que le sujet accorde à sa parole. Pourtant, si le DPA précède la participation « [...] la parole paraît indispensable; elle est à la fois le médium entre deux ou plusieurs sujets, et l'instrument de la prise de conscience éventuelle » (Mendel, 1992, p.259).

L'orientation visant à promouvoir la participation des personnes UDI amène la DSP à favoriser leur parole dans les comités concernant les stratégies de réduction des méfaits. Ce contexte permet entre autres la transmission de leurs savoirs d'expérience, sans passer par un intermédiaire, intervenant (voir art. 4.3.4)⁴². Or, malgré cette place, l'un des répondants représentant les personnes UDI décrit sa relation avec la DSP comme étant insatisfaisante. Seule cette dernière en déterminerait les balises, laissant à l'autre un espace de négociation limité (voir art. 4.3.1). Son unique marge de liberté réside dans la possibilité de consentir ou non aux demandes qui lui sont formulées (Crozier et Friedberg, 1977, p.69), soit d'être présent aux comités ou de transmettre les

⁴² Voir l'annexe B pour la schématisation des relations triangulaires, telles que repérées dans l'analyse des résultats de recherche.

informations. En fait, d'après Godbout (1982, p.159), la caractéristique la plus spécifique de la plupart des expériences de participation, « [...] c'est qu'elles sont toutes rattachées à la structure opérationnelle de l'organisation [...] qui est théoriquement au service de la structure de représentation »⁴³. Ce répondant retire peu de gratification de la relation avec la DSP et de cette participation. Ni l'une ni l'autre ne lui permettent de se percevoir comme un acteur détenant un pouvoir d'agir. Il ne suffirait pas de favoriser la parole. La place des acteurs devrait aussi leur permettre de faire l'expérience de la reconnaissance, et faire que la parole devienne émancipatrice et révélatrice d'un DPA.

Parmi les répondants représentant les intervenants et les personnes UDI, seul un caractérise la relation avec la DSP de satisfaisante, mais sur le plan idéologique. Il voit d'un bon œil le fait que cette dernière favorise la place de ses pairs dans les stratégies de réduction des méfaits. Aucun ne perçoit cette relation comme étant directe, mais aucun ne juge que cela soit nécessaire. Or, cette « absence » génère tout de même des insatisfactions. L'un des répondants représentant les personnes UDI met en doute la compréhension de leurs besoins par la DSP, de même que la place déterminante de celle-ci dans l'orientation des pratiques, alors qu'elle est peu présente sur le terrain. De leur côté, les répondants représentant les intervenants ne retirent pas de gratification de leur relation avec la DSP. Tel qu'énoncé dans la section précédente, cette dernière s'appuie davantage sur les données de recherche que sur les savoirs d'expérience des intervenants, et certaines des décisions prises font fi de leur vision des pratiques en site fixe. La participation attendue d'eux implique surtout qu'ils s'adaptent aux réalités, qu'ils s'approprient les stratégies mises de l'avant et qu'ils fassent la promotion des interventions privilégiées (voir par. 4.2.2.3).

L'importance actuelle accordée aux compétences techniques dans la conception, la planification et la conduite des interventions pointe dans la direction d'un modèle de pratique dans lequel la compétence de l'intervenant consiste essentiellement à appliquer de manière précise des méthodes d'intervention éprouvées et, si possible, empiriquement validées. Tout se passe comme si l'accompagnement des personnes et des groupes en difficulté était appelé à devenir un ensemble de gestes aux vertus intrinsèques et indépendantes des contextes d'application. (Le Bossé, 2012, p.124)

⁴³ Godbout (1982, p.12) précise que la structure de représentation est formée par « [...] les organes *décisionnels* et la représentation des différents intérêts (assemblée générale, instances élues, conseil d'administration, etc.) [...] ». Quant à la structure opérationnelle, elle est constituée « [...] des organes d'exécution directe, qui produisent les services dispensés par l'organisation, qui sont chargés de son "output" (services, divisions, etc.) ».

Au niveau de l'orientation et de l'actualisation des pratiques, la DSP et la direction détiennent un rôle décisionnel. Or, la réalisation de leur rôle, tout comme celui des intervenants, dépend entre autres des informations qui émanent de la rue. La quasi-totalité des répondants affirme que les personnes UDI détiennent un savoir spécifique et nécessaire au renouvellement des pratiques⁴⁴. « Chaque niveau possède en propre sa dimension d'expérience, que lui seul peut transmettre » (Mendel, 2003, p.99). Pour la DSP et la direction, la transmission de ces informations constitue l'un des motifs à la relation, directe ou indirecte, avec les intervenants (voir par. 4.2.2.3 et 4.2.2.2) ou les personnes UDI (voir par. 4.2.1.3 et 4.2.1.2). Outre cela, la DSP et les intervenants attribuent à ces dernières la fonction de communiquer les changements de réalités, et de diffuser dans la rue les messages de prévention. Malgré tout, un seul répondant représentant les personnes UDI associe son rôle et certaines relations à la transmission d'informations, mais cette place ne représente pas pour lui une participation aux pratiques en site fixe (voir art. 4.4.1).

En contrepartie, les répondants représentant les intervenants considèrent qu'ils participent au développement des pratiques justement parce qu'ils transmettent des informations de prévention, mais aussi parce qu'ils adaptent les interventions aux individus, et qu'ils partagent leurs idées à leurs collègues (voir art. 4.4.2). À ce sujet, leur discours fait penser à Barel (1982, p.183), pour qui « Le "travail en équipe" est aussi un moyen d'occulter le rapport à l'institution », et le manque de reconnaissance dont il peut être empreint. D'un côté, ces répondants souhaitent pouvoir davantage transmettre leur parole à l'extérieur de l'organisme (voir art. 4.4.5), et de l'autre, leur rôle de représentant des personnes UDI se transforme. À travers les comités de travail et l'AQPSUD, la DSP a la possibilité d'établir des relations directes avec certaines personnes UDI (voir art. 4.3.4). La transmission d'informations de la rue à la structure de représentation ne passe plus forcément par les intervenants. De plus, la direction représente les intervenants dans les comités de travail, et sert d'intermédiaire avec la DSP. Ces derniers ne voient pas d'inconvénient à être représentés tant que la communication reste fluide, ce qui toutefois ne serait pas toujours le cas (voir art. 4.3.2).

⁴⁴ Un seul répondant représentant les personnes UDI n'évoque pas l'idée que celles-ci possèdent une expérience ou des connaissances pouvant contribuer au développement des pratiques.

L'information accessible à chacun varie selon leur place dans le système. « Le stock de connaissance d'une société est structuré en termes de ce qui est généralement pertinent et de ce qui n'est pertinent que pour des rôles spécifiques » (Berger et Luckmann, 1986, p.108). Ni les intervenants ni les personnes UDI n'auraient accès à une information « généralisée » (Laborit, 1974, p.156) qui leur permettrait d'avoir une vue d'ensemble sur les pratiques. Concernant la relation entre ces deux groupes d'acteurs, tous les répondants l'estiment satisfaisante. Cela étant dit, certains discours dénotent une lutte pour la reconnaissance, ou une lutte des places. Si un pouvoir est accordé aux représentants, il s'amenuise au rythme de l'évolution de la place des représentés. Ainsi, à travers le processus visant à encourager la participation des pairs, la DSP a quelquefois été confrontée à de la résistance de la part des intervenants (voir par. 4.2.2.3). L'un des répondants représentant les personnes UDI d'ailleurs évoque le fait qu'au site fixe, la marge de liberté que leur laissent les intervenants est trop restreinte pour favoriser leur implication (4.2.2.1). En ce sens, la direction souligne que si les individus qui fréquentent le site fixe doivent être engagés dans les pratiques, elles doivent se voir offrir les conditions nécessaires à leur participation (4.2.1.2). Afin d'y parvenir, et même si cela n'est pas simple, il importe de rallier les intérêts des uns et des autres. À ce propos, soulignons que le discours des groupes d'acteurs converge vers différents aspects, notamment la définition de la réduction des méfaits et l'implantation des SIS. Tous espèrent leur venue et l'envisagent positivement. Cependant, comme pour le site fixe, tous n'auraient pas accès au même type d'informations, et tous ne participeraient pas au développement des pratiques à venir.

5.3. Interventions ciblées et approche globale

Tous les groupes d'acteurs conviennent que la réduction des méfaits et les pratiques en site fixe ont pour objectif de réduire les risques liés à l'usage de drogues par injection et inhalation, sans toutefois viser l'abstinence (voir art. 4.1.5). La prévention et l'éducation sont centrales, tout comme la distribution de matériel. Toutefois, le sens donné à ces interventions et à l'accompagnement qu'elles impliquent varie. D'après Crozier et Friedberg (1977, p.92), les divergences de points de vue sont intrinsèques à l'existence

même des organisations, et pour cette raison elles ne sont pas nécessairement synonymes d'un dysfonctionnement quelconque :

Les conflits d'intérêts, les incohérences, les « pesanteurs structurelles » qui en résultent, ne sont pas les manifestations d'on ne sait quelles « dysfonctions organisationnelles ». Ils sont la rançon qu'une organisation doit payer pour exister, et la condition même de sa capacité à mobiliser les contributions de ses membres et à obtenir d'eux ce « bon vouloir » sans lequel elle ne peut fonctionner convenablement. [...] Il peut y avoir des objectifs partagés. Il n'y a pas — et il ne peut y avoir — d'unicité des objectifs au sein d'une organisation.

Ainsi, la DSP, la direction et les répondants représentant les intervenants mentionnent l'importance d'adapter les savoir-faire aux individus, afin que les interventions aient une plus grande portée. Cela dit, certaines tensions émergent en regard des différentes conceptions de l'intervention. Pour les intervenants, il importe d'adapter celles-ci aux besoins des individus, mais dans leur discours au sujet des pratiques, la logique de prévention des risques domine (voir art. 4.1.2 et 4.3.2). Dans le discours de la direction et des répondants représentant les personnes UDI, cette logique apparaît plutôt en parallèle de la logique d'accompagnement, présentée comme étant inhérente aux interventions (voir art. 4.1.1 et 4.1.3). Quant à la DSP, l'idée d'accompagnement s'inscrit clairement dans une démarche de santé. Les logiques de prévention et d'efficacité sont prépondérantes, et les pratiques préconisées visent l'intégration de la santé au social (voir art. 4.1.4). La direction également émet cette intention, mais en parallèle elle envisage pour les intervenants un rôle qui ne serait plus lié à l'accès au matériel comme tel. Elle désire expérimenter de nouvelles pratiques, telles que le libre-service de tout le matériel de prévention, mais cette idée qui susciterait certaines résistances chez les intervenants (voir art. 4.1.3).

Les répondants représentant les intervenants décrivent la distribution de matériel comme un moyen d'entrer en contact avec les individus. Cependant, dans leur discours, la relation avec les personnes UDI n'apparaît pas au premier plan, et le lien de confiance est surtout présenté comme un facteur qui facilite leur rôle (voir art. 4.3.2 et 4.3.5). Ils expliquent celui-ci principalement à travers la distribution de matériel et la prévention, ce qui rejoint la vision de la DSP quant à la réduction des méfaits. « Les institutions, par le simple fait de leur existence, contrôlent la conduite humaine [...] et ainsi la canalisent dans une direction bien précise au détriment de beaucoup d'autres directions qui seraient théoriquement possibles » (Berger et Luckmann, 1986, p.79). Or,

lorsque l'un des répondants questionne l'implantation d'une machine distributrice de seringues à CACTUS Montréal, il renvoie aux effets que ce changement pourrait avoir sur la place des intervenants dans les pratiques en site fixe, où déjà ils sont confrontés au risque de devenir eux-mêmes des distributeurs (voir art. 4.3.2). Ces derniers se définissent par la distribution de matériel, pendant même qu'ils s'en défendent. Cette situation met en lumière la tension entre le pragmatisme et l'humanisme (voir sect. 1.2), avec d'un côté les impératifs des interventions ciblées, et de l'autre, l'approche globale et généraliste de l'organisme (voir art. 4.1.3).

Suivant les logiques de prévention et d'efficacité, nous envisageons que la dernière réforme de la gestion des organisations publiques pourrait avoir un effet sur la manière dont se détermine la place des acteurs dans les pratiques en site fixe. L'adoption de la *Loi sur l'administration publique* en mai 2000, qui met l'accent sur la qualité des services aux citoyens et sur la gestion par résultats, marque le développement de la Nouvelle Gestion Publique (NGP). Celle-ci propose un changement de culture qui pourrait mettre à l'épreuve la gestion démocratique du système. « La NGP nie toute différence entre le secteur public et le secteur privé. Elle accorde une importance majeure aux résultats (en particulier aux résultats financiers), quand le service public accorde une importance principale au processus (respect de la légalité, de la neutralité, de la continuité) » (Merrien, 1999, p.96). Pour les tenants de la NGP, « il s'agit avant tout de préciser les objectifs à atteindre et de pouvoir contrôler les résultats » (Merrien, 1999, p.98). Cette approche pourrait forcer l'implantation d'une gestion basée sur une hiérarchie de valeur, plutôt qu'une hiérarchie de fonction. À l'intérieur d'une hiérarchie de fonction, tous les acteurs participent à l'organisation d'un système; ils s'associent entre eux pour que fonctionne harmonieusement l'ensemble (Laborit, 1974, p.118). Par contre, dans une hiérarchie de valeur, les acteurs sont comparés et évalués entre eux, et ils interagissent de manière à donner aux uns le pouvoir de juger de la valeur de la place des autres. Un tel fonctionnement au sein des pratiques d'intervention accentuerait la compétition entre les groupes d'acteurs, ce qui représenterait un obstacle à la participation des individus.

5.4. Conclusion

Lors de l'élaboration de cette recherche, nous avons choisi d'étudier les pratiques en site fixe tel un système d'action où se reproduisent des processus sociaux, et des places. Celles-ci correspondent aux interactions entre les représentations du rôle et des relations, et aux représentations des concepts qu'elles produisent et qui à leur tour interviennent dans la définition des places. Tout au long de notre discussion, nous avons traversé des concepts qui représentent des marqueurs non seulement de la place des acteurs concernés par ce système, mais également des pratiques qu'ils produisent. La manière dont se définit la place des groupes d'acteurs influe sur les logiques de sens et d'action qui entourent le développement de ces pratiques en site fixe. Les concepts que nous avons parcourus sont : le pouvoir d'agir, le sens donné à l'action, la marge de liberté et la transmission des informations, ainsi que la participation, la gratification attendue et retirée, et l'expérience de la reconnaissance et du mépris⁴⁵.

Pour mieux cerner la notion de place, nous avons d'abord fait appel à la sociologie de Crozier et Friedberg (1977), qui s'inscrit dans l'analyse institutionnelle. Dans l'analyse stratégique, les acteurs font partie d'un groupe, et les relations sont expliquées en termes de capacité d'agir pour les uns en rapport aux autres. « Les jeux, les marges de manœuvre sont plutôt à éclairer en fonction des opportunités de la situation et du jeu des autres acteurs » (Amblard, 1996, p.28). Nous nous sommes également tournés vers Barel (1982) et sa représentation de jeux triangulaires. Tout en restant cohérente avec Crozier et Friedberg (1977), cette schématisation permet de tracer les relations directes ou indirectes entre les représentants et les représentés. Le rôle étant relationnel, il reste intrinsèquement lié aux relations. Ensuite, nous avons consulté Berger et Luckmann (1986, p.181), qui perçoivent le rôle en termes « [...] d'identification et d'auto-identification, entre l'identité objectivement attribuée et subjectivement appropriée ». Au fil de ces représentations, différents concepts ont émergé, entre autres la reconnaissance et le mépris. Pour mieux appréhender ceux-ci, nous avons poursuivi les analyses d'Honneth (2002) et de Le Bossé (2012). Nous parvenons à la conclusion qu'afin que l'individu puisse amortir la résonance du mépris sur la représentation de son rôle, de ses relations et de sa place, il doit avoir la possibilité de développer un pouvoir

⁴⁵ Voir l'Annexe C pour la schématisation des marqueurs de la place dans le système des pratiques en site fixe.

d'agir. Dans cette optique, il nous a paru essentiel d'explorer le concept de participation, et la manière dont celle-ci agit sur le pouvoir des individus (Godbout, 1982).

CONCLUSION

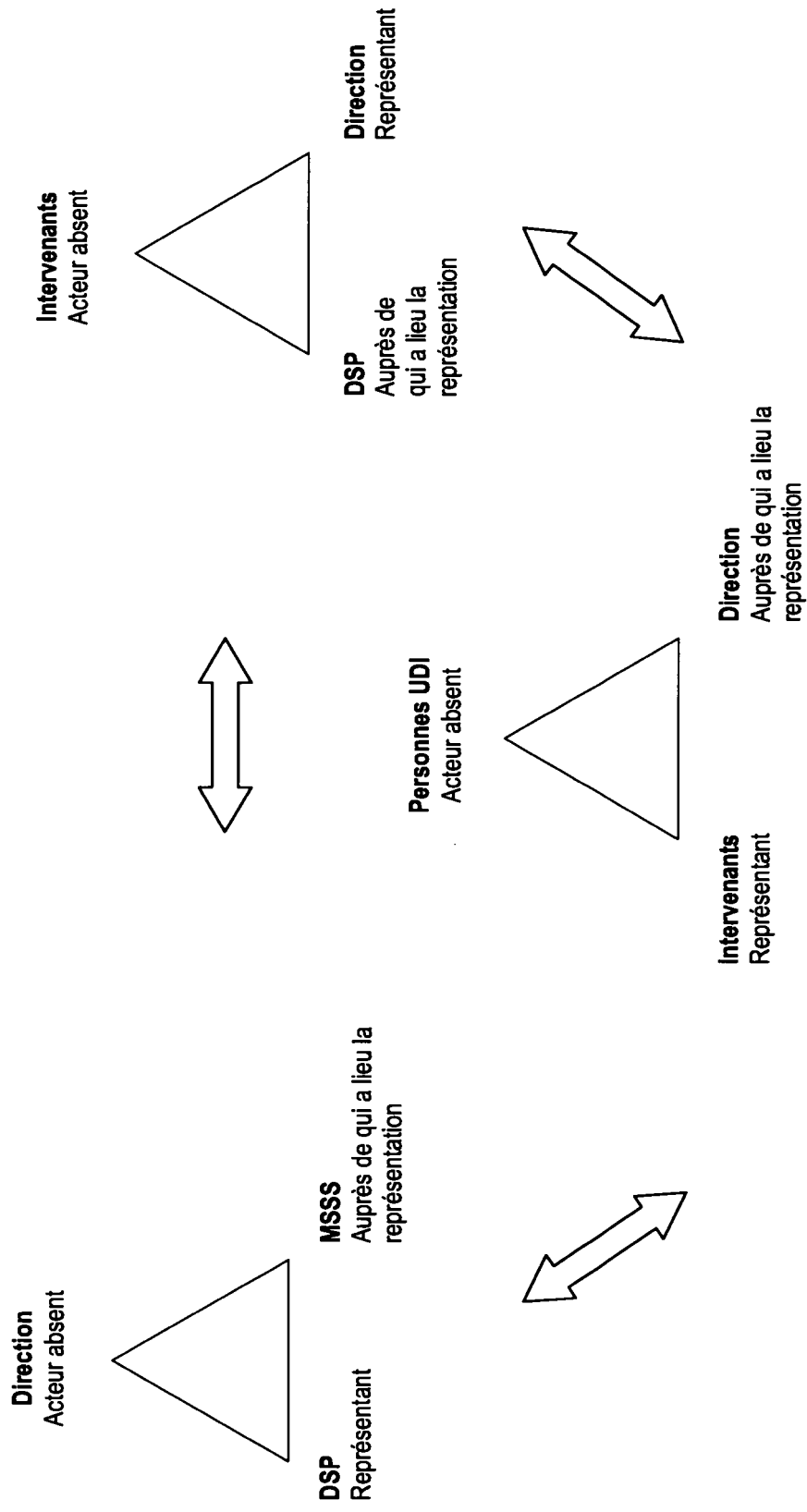
Notre recherche visait à comprendre comment les représentations du rôle et des relations, et des concepts qu'ils produisent contribuent à la définition de la place des groupes d'acteurs concernés par les pratiques d'intervention en site fixe d'échange de seringues. Nous avons comparé le discours des répondants pour en faire ressortir les éléments de convergence et de divergence. Ainsi, nous remarquons que tous les groupes d'acteurs conviennent que les personnes UDI détiennent des savoirs spécifiques, et nécessaires au développement de la réduction des méfaits. Dans cette optique, la DSP et la direction souhaitent favoriser leur participation à l'intérieur des pratiques en site fixe. Cependant, pour ces dernières, tout comme pour les intervenants, leur rôle reste celui d'utilisatrices des programmes d'accès au matériel. Des représentations contrastantes de la participation sont évoquées. Or, si celle-ci implique un changement de place, les individus ne devraient-ils pas déjà recevoir la reconnaissance de la place qu'il est souhaité leur voir occuper?

Avant qu'émerge chez l'individu le désir de participer, celui-ci doit avoir la possibilité d'amorcer ou de poursuivre le développement de son pouvoir d'agir. Ce concept renvoie à la possibilité d'exprimer son autonomie, sa responsabilité et sa liberté, et interagit avec les représentations du rôle et des relations. Considérant le sens que prend le site fixe, notamment pour les individus qui le fréquentent, nous formulons l'hypothèse que celui-ci puisse représenter un espace où les personnes UDI pourraient faire l'expérience de la reconnaissance de leurs capacités fondamentales, et de leur pouvoir d'agir. Dans ce processus, la place des intervenants s'avère centrale. Toutefois, pour ceux-ci, l'idée d'une participation plus importante des personnes UDI pourrait être associée à un sentiment de perte de leur propre place. Leur discours témoigne en effet d'une certaine « crise de légitimité » (Dubet, 2002, p.329), et d'une quête de reconnaissance. À ce sujet, notons trois groupes d'acteurs qui recherchent une reconnaissance, soit de leur normalité, de leurs capacités ou de leurs savoirs d'expérience. Seul le discours de la DSP ne renvoie pas à l'expérience de la reconnaissance ou du mépris. En parallèle, celle-ci représente l'un des acteurs de qui est attendue cette reconnaissance.

Pour les répondants représentant les personnes UDI et les intervenants, les relations les plus satisfaisantes sont celles qu'ils établissent entre eux, ou avec leurs pairs. Dans ces relations, ils font l'expérience de la reconnaissance. Avec les autres groupes d'acteurs, ces derniers ne trouvent pas forcément réponse à leur quête. Dans certains cas, la transmission d'informations apparaît comme un motif à la relation. L'information accessible à chacun varie selon la place dans le système. Bien que les personnes UDI, comme les intervenants, aient principalement accès à une information spécialisée, tous deux peuvent être amenés à transmettre à la DSP et la direction les informations qu'ils détiennent quant aux réalités changeantes de la rue. Cependant, les acteurs situés plus bas dans la stratification sociale ne retirent pas nécessairement de gratification de cette fonction. La transmission d'informations peut être perçue comme une forme de participation au développement des pratiques en site fixe, mais ces représentations dépendent du sens donné à la participation, et des intentions qui animent les acteurs.

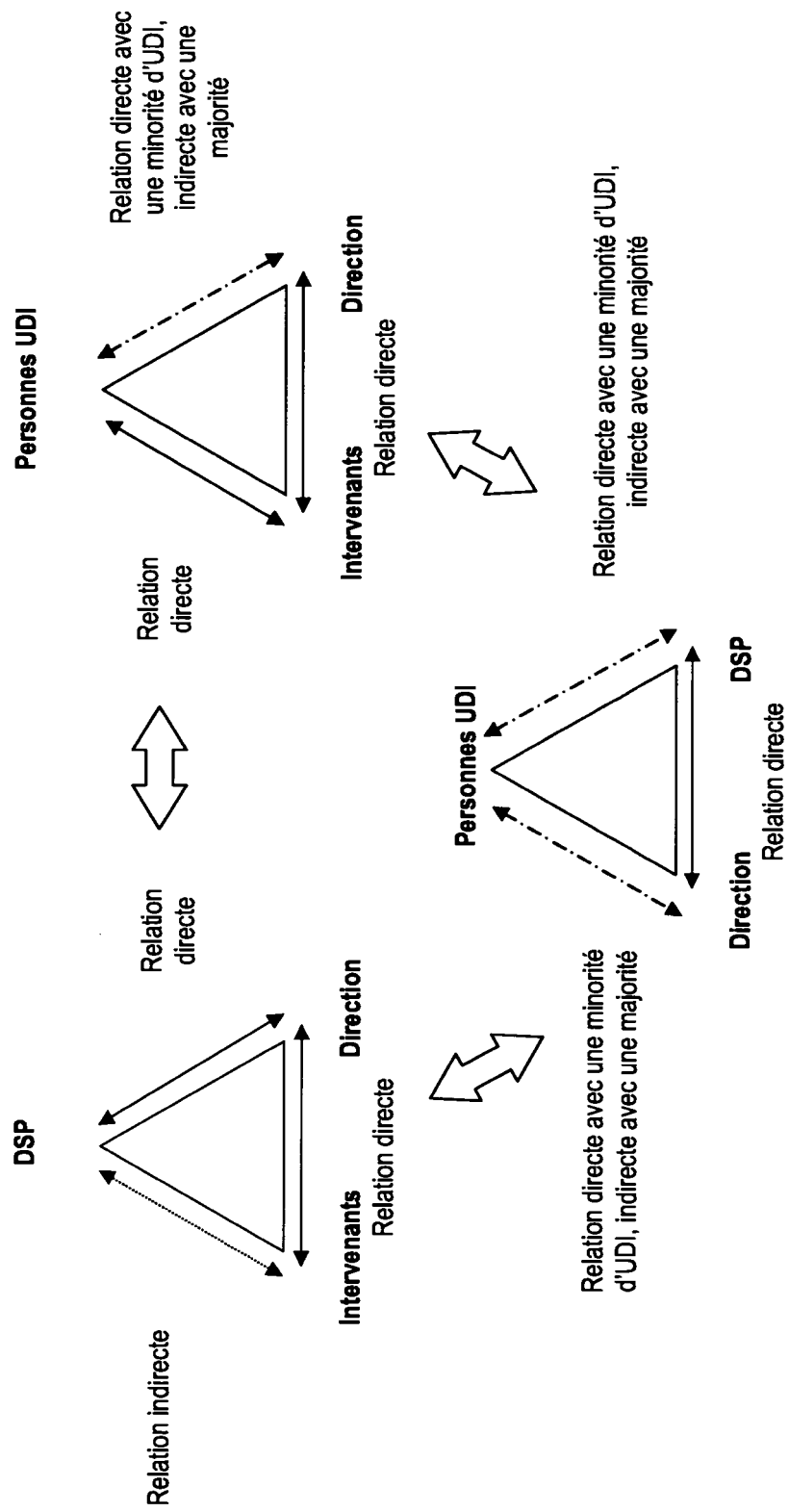
ANNEXE A

Relations triangulaires envisagées lors de l'élaboration de la recherche



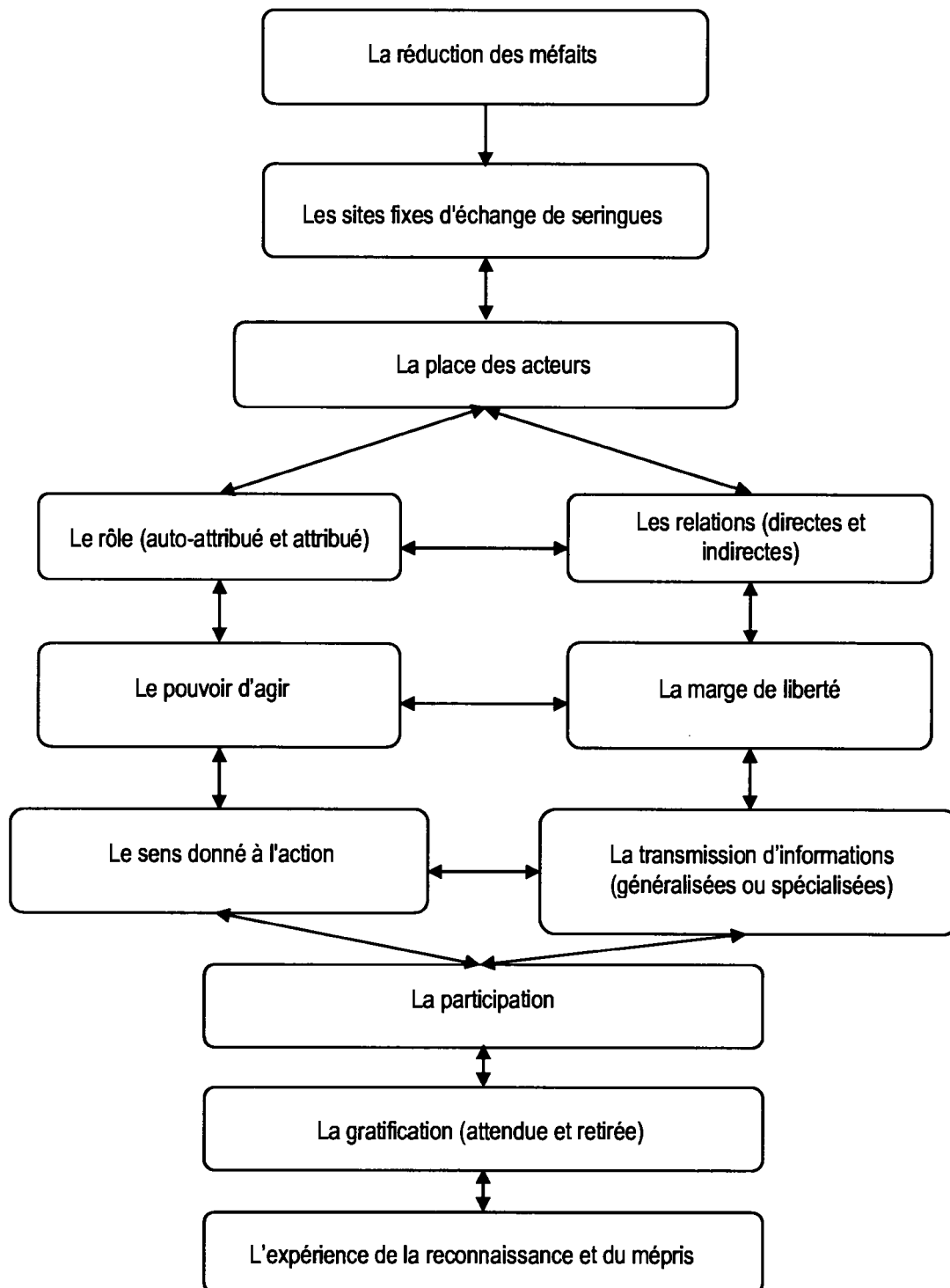
ANNEXE B

Relations triangulaires repérées dans l'analyse des résultats de recherche



ANNEXE C

Les marqueurs de la place au sein des pratiques en sites fixes



BIBLIOGRAPHIE

- Abric, Jean-Claude. 1987. *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset (Fribourg) : Éditions DelVal, 229 p.
- Abric, Jean-Claude (dir. publ.). 1994. *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses universitaires de France, p. 15-46.
- Amblard, Henri. 1996. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris : Éditions du Seuil, 245 p.
- Barel, Yves. 1982. *La marginalité sociale*. Paris : Presses Universitaires de France, 250 p.
- Barus-Michel, Jacqueline (dir. publ.), Eugène Enriquez (dir. publ.) et André Lévy (dir. publ.) avec la collaboration de Jean-Marc Huguet. 2013. Éditions érès, p. 27-283.
- Berger, Peter, et Thomas Luckmann. 1986. *La construction sociale de la réalité*. Paris : Meridiens Klingcksieck, 288 p.
- Bilodeau, Angèle. 2011. *L'intervention en prévention des ITSS à Montréal : potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, 128 p.
- Bourgeault, Guy. 2004. *Éthiques Dit et non-dit, contredit, interdit*. Montréal : Presses de l'Université du Québec, 131 p.
- Bouthillier, Marie-Ève, Andrée Demers, Robert Bastien et Hubert Doucet. 2008. *Problèmes éthiques liés à des pratiques d'échange de seringues et d'accès à la méthadone. Drogues, santé et société*. Volume 7, n° 2, p.47-80.
- Boyer, Ginette, Michelle Morin, Pier B. Lortie, et Marie-Andrée Roy. 2014. *Oser faire autrement. Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS. Collection pour mieux travailler ensemble dans la lutte contre les ITSS. Numéro 3*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 79 p.
- Brisson, Pierre. 1997. *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Montréal : Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, 109 p.
- Brisson, Pierre (dir. publ.), et Line Beauchesne. 2001. *Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits*. Vol. 3, Chapitre 3. L'usage des drogues et la toxicomanie. Montréal : Gaëtan Morin, p. 73-99.
- Carrier, Nicolas, et Bastien Quirion. 2003. *Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périlisation. Drogues, santé et société*. Volume 2, n° 1, 32 p.

- Castoriadis, Cornelius. 1975. *L'institution imaginaire de la société*. Paris : Éditions du Seuil, 502 p.
- Clermont, Pauline. 28 mars 2007. *Gestion de crise et intersectorialité*. 21^e rencontre nationale des intervenants et intervenantes en promotion de la santé et prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang auprès des personnes utilisatrices de drogue par injection. Montréal : Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec.
- Crozier, Michel, et Erhard Friedberg. 1977. *L'acteur et le système*. Paris : Éditions du Seuil, 493 p.
- Dubet, François. 2002. *Le déclin de l'institution*. Paris : Éditions du Seuil, 421 p.
- Dubet, François, Alain Touraine, et Michel Wieviorka (dir. publ.). 1995. *La formation du sujet. Penser le sujet*. Paris : Fayard, p. 23-45.
- Gauthier, Benoît (dir. publ.), et Jacques Chevrier. 2004. *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Sainte-foy : Presses de l'Université du Québec, p. 51-84.
- Gauthier, Benoît (dir. publ.), et François-Pierre Gingras. 2003. *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Sainte-foy : Presses de l'Université du Québec, p. 103-125.
- Godbout, Jacques. 1982. *La participation contre la démocratie*. Montréal : Éditions Coopératives Albert Saint-Martin, 190 p.
- Harm Reduction International. 2014. *The global state of harm reduction 2014*. Londres : Harm Reduction International, 130 p.
- Honneth, Axel. 2002. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Les Éditions du Cerf, 232 p.
- Jürgens, Ralf. 2005. *Rien à notre sujet sans nous. L'implication accrue des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains*. Rapport de recherche. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, 73 p.
- Karsz, Saül. 2004. *Pourquoi le travail social?* Paris : Dunod, 161 p.
- Kempfer, Jimmy. 2014. *Du clystère à la seringue : l'injection à travers l'histoire*. SWAPS. N°75, 2^e Trimestre, p. 3-7.
- Laborit, Henri. 1974. *La nouvelle grille*. Paris : Éditions Robert Laffont, 343 p.
- Le Bossé, Yann. 2002. *L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : aperçu de ses fondements et de son application*. Canadian Journal of Counselling/Revue canadienne de counseling. Volume 36: 3, p. 180-193.

- Le Bossé, Yann. 2007. *L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une alternative crédible?* Journées nationales d'étude en Service Social du 6 au 8 novembre 2008 à Montpellier. Paris : Association nationale des assistants de service social, 10 p.
- Le Bossé, Yann. 2012. *Sortir de l'impuissance*. Québec : Éditions Ardis, 327 p.
- Leclerc, Pascale, Aïssatou Fall, et Carole Morissette. 2013. *Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, p. 1-12.
- Lessard, Richard (dir. publ.) et Louise Valiquette (dir. publ.). 2010. *Rapport du directeur de santé publique 2010 Joindre plus Dépister plus Traiter plus*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 57 p.
- Massé, Raymond (dir. publ.) et Isabelle Mondou (dir. publ.). 2013. *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique. Enjeux éthiques et politiques*. Québec : Presses de l'Université Laval, 218 p.
- Mendel, Gérard. 1992. *La société n'est pas une famille, de la psychanalyse à la sociopsychanalyse*. Paris : Éditions La Découverte, 308 p.
- Mendel, Gérard. 2003. *Pourquoi la démocratie est en panne?* Paris : La découverte, 231 p.
- Mendel, Gérard, et Jean-Luc Prades. 2002. *Les méthodes de l'intervention psychosociologique*. Paris : Éditions La Découverte & Syros, 121 p.
- Merrien, François-Xavier. 1999. *La nouvelle gestion publique : un concept mythique. Lien social et Politiques*. N°41, printemps 1999, p. 95-103.
- Mino, Annie. 1993. *Évolution de la politique de soins en matière de toxicomanie : la réduction des risques. Psychotropes*. Volume VIII, n°3, p. 9-23.
- Mucchielli, Alex. 2007. *Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. Recherches Qualitatives*. Hors-Série 3, p. 1-27.
- Noël, Lina, et Dominique Gagnon. 2013. *Revue systématique par des pairs usagers de drogues par Injection. Drogues, Santé et Société*. Volume 12, n°1, 18 p.
- Noël, Lina; Dominique Gagnon, et Richard Cloutier. 2014. *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites B et C auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection au Québec*. Québec : Institut national de la Santé Publique du Québec, 16 p.
- Parazelli, Michel. 2002. *La rue attractive : parcours et pratiques identitaires des jeunes de la rue*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec, 357 p.

- Pizarro, Narciso. 1999. *Appartenances, places et réseaux de places* : la reproduction des processus sociaux et la génération d'un espace homogène pour la définition des structures sociales. Sociologie et sociétés. Volume 31, n°1, p.143-161.
- Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues. 2009. *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 74 p.
- Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. *Plan stratégique 2010-2015*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 55 p.
- Rocheblave-Spenlé, Anne-Marie. *Rôles et statuts sociaux*. Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 4 janvier 2013.
- Sfez, Lucien. 1978. *La politique symbolique*. Paris : Presses Universitaires de France, 489 p.
- Soulet, Marc-Henry. 1997. *Petit précis de grammaire indigène du travail social. Règles, principes et paradoxes de l'intervention sociale au quotidien*. Fribourg : Éditions Universitaires Fribourg Suisse, p. 117-120.
- Vanasse, Valérie. 2001. *La réduction des méfaits en toxicomanie : analyse du discours des intervenant-es sur leurs pratiques*. Mémoire de maîtrise. Montréal : Université du Québec à Montréal, 167p.
- Venne, Sylvie. 2013. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2012 (et projections 2013)*. Québec : La Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 90 p.
- Venne, Sylvie. 2014. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2013 (et projections 2014)*. Québec : La Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 111 p.
- Vigour, Cécile. 2005. *La comparaison dans les sciences sociales*. Paris : Éditions La Découverte, 336 p.
- Wood, Evan (dir. publ.). *Texte de la Déclaration de Vienne (18 Juillet 2010)*. Multitudes. Printemps 2011, n°44, p. 39-41.